

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 Juin 1896 à 1 heure

PAR

Gaspard LINDEGGER

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG

Né le 3 décembre 1855 à Sursée (Suisse)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

GROS REIN POLYKYSTIQUE

ET SON OPÉRATION


Juges MM. }

ent : M. LE DENTU, professeur.

PANAS, professeur.

ALBARRAN ET LETULLE, agrégés.

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

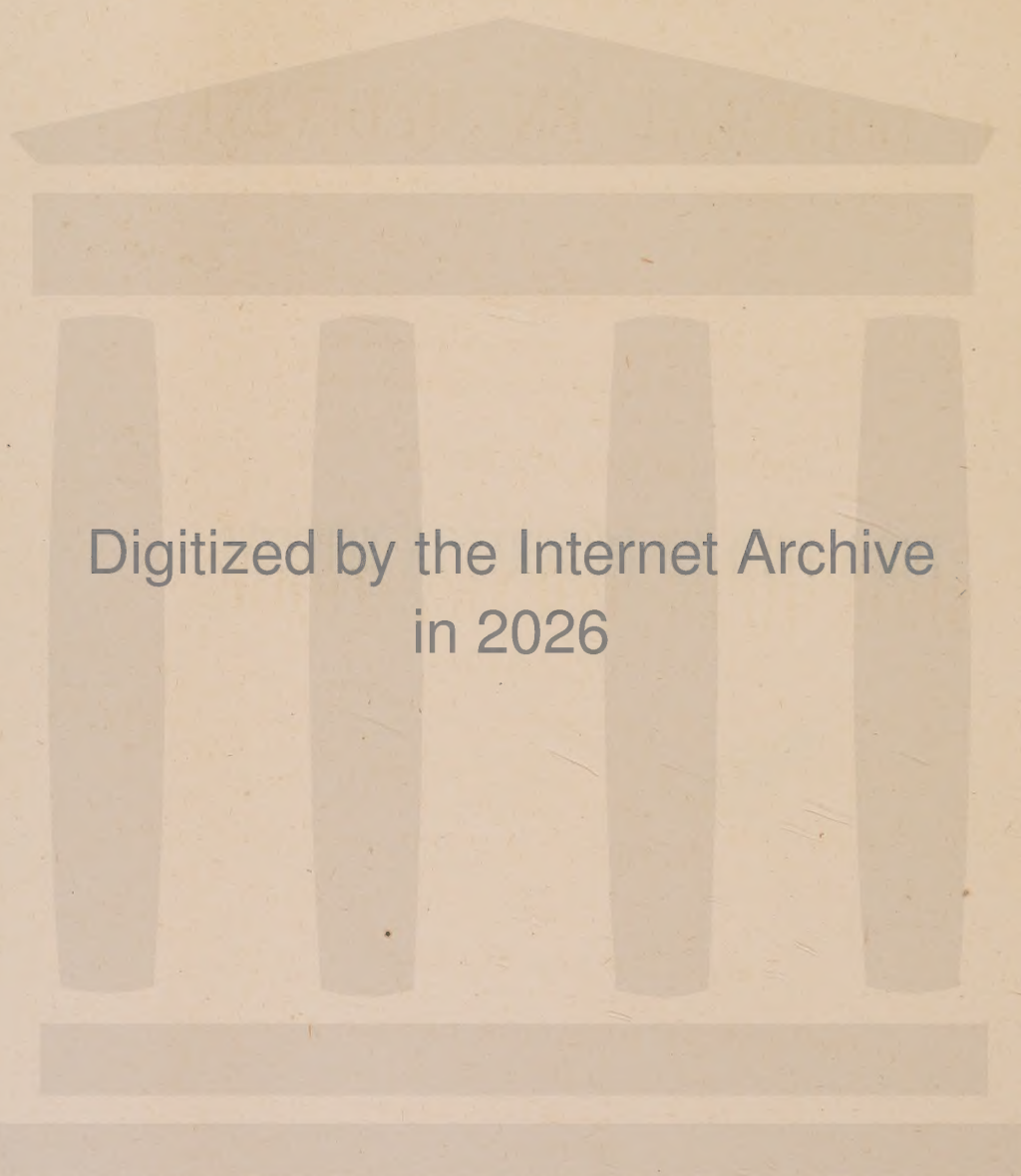
1896

357



357

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556005_0002

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 Juin 1896 à 1 heure

PAR

Gaspard LINDEGGER

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG

Né le 3 décembre 1855 à Sursée (Suisse)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

GROS REIN POLYKYSTIQUE

ET SON OPÉRATION

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges MM.

PANAS, professeur.

ALBARRAN ET LETULLE, agrégés.

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	N.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire.

M. PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTNERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MES EXCELLENTS AMIS

MATHILDE ET RAPHAEL CHAUVIN

témoignage de bonne amitié

Le gros rein polykystique et son opération.

Lorsqu'en l'année 1893 nous avons l'occasion de faire un séjour dans la clinique gynécologique du professeur Léopold Landau à Berlin, l'éminent gynécologue allemand, nous avons pu étudier de près un cas de gros rein polykystique.

Ce cas excitant notre intérêt nous avons parcouru la littérature à ce sujet et nous avons constaté, que l'étude du gros rein polykystique, malgré d'importants travaux parus depuis une soixantaine d'années, était encore entourée de grandes obscurités.

Nous n'avons pas la prétention d'apporter de la lumière au point de vue anatomo-pathologique de cette affection, ni sur sa pathogénie, mais nous croyons pouvoir nous étendre particulièrement sur le traitement qui présente aujourd'hui un intérêt nouveau.

Nous prions, M. le professeur Le Dentu, de vouloir bien agréer l'assurance de notre hommage respectueux et de nos sincères remerciements d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Anatomie pathologique et pathogénie du gros rein polykystique

Dans l'intérêt de l'anatomie pathologique du gros rein polykystique nous allons détacher de notre principale observation personnelle, la description macroscopique et microscopique de la tumeur, ainsi que l'analyse chimique du liquide kystique et les rapporter à la tête de ce chapitre.

Description macroscopique de notre rein polykystique.

La tumeur a conservé la forme du rein, quoiqu'elle présente un volume 4 ou 5 fois supérieur au rein normal.

Le diamètre longitudinal de la tumeur est de 21 centimètres, sa plus grande largeur est de 13 centimètres sur 5 centimètres d'épaisseur.

La surface à laquelle adhèrent encore des membranes conjonctives, ainsi que quelques particules de graisse, n'est pas lisse, car il en émerge une multitude de vésicules dont la dimension varie depuis la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une

noix. Quelques-unes atteignent même la grosseur d'une petite pomme ; si bien que le rein est parsemé en tous points de bosselures et par suite simule « une grappe de raisin ».

Sur l'organe intact le tissu séparant les kystes, est de peu d'étendue en bon nombre d'endroits, tandis qu'à d'autres endroits la substance intermédiaire est plus considérable ; toutefois il est impossible d'apercevoir sur toute la surface de l'organe un seul centimètre carré où il n'y ait un ou plusieurs kystes.

La capsule fibreuse offre partout une adhérence assez intime avec la substance corticale.

Les kystes fermés sont transparents, la nuance variant du jaune ambré au bleuâtre foncé et contiennent pour la plupart un liquide d'une transparence cristalline ou de couleur plus foncée, atteignant même le rouge bleu.

Ce liquide se coagule à l'ébullition,

Les kystes ponctionnés se vident par jet. Le liquide n'a pas la consistance sirupeuse ; il ressemble à de l'eau.

En pratiquant la section habituelle du rein il s'échappe d'une série de kystes incisés une grande quantité de liquide trouble et l'organe s'affaisse au moins d'un tiers de son volume.

Le bassinet, qui communique avec l'uretère absolument normal, se trouve considérablement élargi.

La substance rénale dans bien des régions semble

remplacée totalement par des kystes plus ou moins gros, tandis qu'à d'autres endroits où les kystes ne sont pas trop nombreux il existe encore du tissu rénal et il est même possible par endroits de distinguer nettement la substance médullaire.

Ce qui frappe surtout c'est qu'une papille est remplacée à sa partie périphérique par un kyste de la grosseur d'une cerise.

Les kystes, dont le parenchyme est farci, ont ici la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une noix. Ils ont en général une forme sphérique.

La face interne des parois des kystes est lisse, blanchâtre et finement fibreuse.

Une rupture spontanée des kystes ne peut être constatée nulle part.

Dans le but d'analyser le liquide kystique, nous en avons ponctionné quelques-uns au moyen de la seringue de Pravaz ; nous donnerons plus loin le résultat de cette analyse.

Examen microscopique de la tumeur

L'examen microscopique des préparations durcies dans l'acool, se fait principalement sur des coupes longitudinales de la substance corticale et médullaire, que nous avons colorée au moyen de carmin aluné.

Les substances corticale et médullaire se com-

portent dans les différentes régions de l'organe, de plusieurs manières ; de sorte que l'on trouve côte à côte les champs microscopiques les plus variés.

Tandis qu'on trouve dans une série de préparations la substance médullaire normale, on rencontre dans une autre série, une infiltration de petites cellules ou une prolifération interstitielle plus ou moins accusée, ou même une combinaison des deux.

Dans les endroits où ces altérations sont très marquées nous trouvons les tubes droits, soit minces, soit atrophiés ou même interrompus par endroits ou tout au moins à peine reconnaissables par les restes épithéliaux du tissu rénal.

Les kystes sont tapissés d'une couche de cellules épithéliales pavimenteuses et cubiques à contenu granuleux.

Dans la substance corticale on trouve par place la destruction des épithéliums tapissant les tubes urinifères, ce qui est prononcé par le contour effacé et la mauvaise coloration de ces cellules.

Ici nous trouvons les kystes de dimensions les plus variables, c'est-à-dire depuis une légère augmentation du lumen des canalicules jusqu'à une dilatation considérable.

Partout on voit le même contenu granuleux, tandis que l'épithélium pavimenteux n'est conservé que dans les cavités de petites et moyennes dimensions.

L'infiltration de petites cellules et les néoformations conjonctives se trouvent dans la substance

corticale sous les formes les plus variées et elles intéressent le parenchyme selon l'intensité de leur développement. — A d'autres endroits on peut mettre en évidence l'existence d'une couche concentrique de fibres conjonctives entourant les kystes.

Les glomérules paraissent en général riches en noyaux ; dans quelques-uns on trouve dans la cavité capsulaire une exsudation granuleuse, tandis que d'autres sont remplacés par des couches concentriques de tissu conjonctif.

Ce qui frappe partout c'est l'augmentation des vaisseaux artériels, due à l'épaississement de leurs tuniques. Par place cet épaississement intéresse la tunique interne seulement.

Le liquide kystique contenait de l'albumine, des globules rouges et de l'urée.

La réaction de l'urée a été exécutée de la façon suivante ;

Le liquide kystique a été évaporé à consistance sirupeuse mais il contenait de l'albumine et du sang ; le résidu a été repris par l'alcool et filtré.

Après évaporation du liquide alcoolique on ajoute après refroidissement, quelques gouttes d'acide nitrique, qui produisent un précipité cristallin de nitrate d'urée dont les cristaux sont reconnaissables sous le microscope sous forme de tables rhomboïdales.

En parlant donc de la dégénérescence polykystique des reins, nous entendons, dans le sens de l'ana-

tomie pathologique l'affection qui transforme le rein en une grande quantité de kystes ronds, de diverses grosseurs et présentant une coloration noire, brun foncée ou ambrée selon le contenu des kystes.

L'organe conserve sa forme, mais la formation kystique lui donne l'aspect d'une grappe de raisin.

Ce rein kystique, multiloculaire, ou gros rein polykystique, que les auteurs allemands ont décrit sous le nom « *hydrops renum cysticus* », n'a aucun rapport avec le rein atteint de kystes solitaires.

Avant d'aborder la discussion du gros rein polykystique de l'adulte, il nous paraît indispensable de dire quelques mots de la dégénérescence polykystique des reins que l'on rencontre chez les nouveau-nés, car dans toutes les divergences d'opinion des auteurs qui traitent cette affection, la question est de savoir si la dégénérescence polykystique des adultes se rattache à des altérations rénales préexistantes ou si elle doit être envisagée comme une affection indépendante se développant dans la vie ultérieure.

La dégénérescence polykystique congénitale des reins est une lésion de la vie fœtale.

C'est au moment de la naissance à terme ou à sept mois, après accouchement prématuré, que ces cas viennent à la connaissance des médecins, à cause de la dystocie apportée par les tumeurs.

Le gros rein polykystique congénitale rappelle l'aspect d'une grappe de raisin ; la surface est lobu-

lée, couverte de vésicules saillantes, séparées les unes des autres par de profonds sillons et pressées les unes contre les autres.

La dimension de ces vésicules est très variable, s'il y en a qui sont à peine visibles à l'œil nu, on en voit d'autres qui ont atteint un diamètre de 4 à 5 centimètres.

Selon le contenu, les vésicules sont les unes transparentes, citrines, limpides comme l'eau de roche, les autres rosées, brunes ou noirâtres.

L'analyse chimique décèle le plus souvent des éléments de l'urine ; fréquemment le liquide renferme de l'albumine.

Les deux reins généralement sont affectés ou plus ou moins transformés — ils ont conservé leur forme, tout en subissant un accroissement considérable de poids, pouvant ainsi atteindre jusqu'à 1200 grammes et plus.

Il est évident que le rein en même temps a augmenté de volume et les cas ne sont pas rares où il a atteint la grosseur d'une tête de fœtus.

On comprendra facilement que le ventre prend une distension considérable pour peu qu'une ascite vienne compliquer la lésion rénale, donnant ainsi lieu à des désordres organiques de la plus haute importance.

Les deux reins se rapprochent de la ligne médiane en poussant les intestins devant eux. Les poumons comprimés sont en quelques points seulement pénétrés par l'air, le reste se trouve à l'état fœtal.

Les membres inférieurs sont parfois tellement comprimés et atrophiés qu'ils sont à peine reconnaissables.

Est-il nécessaire de dire que ces reins polykystiques congénitaux déterminent par leur volume une dystocie grave, nécessitant l'intervention du chirurgien ou accoucheur. Souvent l'accouchement ne peut avoir lieu que par l'éventration du fœtus et l'arrachement des tumeurs (Jacobson).

Si l'enfant vient vivant au monde, celui-ci succombe en général après quelques inspirations ou du moins au bout de quelques heures.

La mort en ce cas, paraît être l'effet de l'obstacle mécanique apporté par le volume des reins à l'accomplissement de la respiration, c'est-à-dire les tumeurs poussent le diaphragme en haut et empêchent sa descente, rendant de cette façon la respiration impossible.

Lancereaux accuse encore la fonction défectueuse des reins et l'urémie consécutive comme cause déterminante de la mort du fœtus.

Si nous voulions maintenant donner une description du gros rein polykystique de l'adulte, nous serions obligés de nous répéter. Qui a vu un gros rein polykystique congénital, reconnaîtra du premier coup d'œil la dégénérescence polykystique des reins de l'adulte, tant la ressemblance est frappante dans son aspect macroscopique.

La dégénérescence polykystique des reins chez

l'adulte affecte simultanément et quelquefois inégalement les deux reins. L'organe est transformé en une masse de kystes de grosseur variable, depuis celle d'un grain de chènevis jusqu'à la grosseur d'une noix. Le rein augmenté de poids peut peser jusqu'à 1,500 gr. et atteindre le volume d'une tête de fœtus. Les substances corticale et médullaire sont confondues ; le plus souvent, il n'y a plus trace de parenchyme rénal.

Les kystes présentent selon le contenu, une coloration limpide, ambrée ou brun foncé. L'analyse chimique du liquide kystique donne le plus souvent la présence des éléments des urines : acide urique, urée, chlorure de sodium, de la leucine tyrosine. Exceptionnellement on n'y trouve aucun élément de l'urine, mais les éléments du sang, hématies leucocytes, des cristaux de cholestérine, etc. La présence de l'albumine dans le liquide kystique est presque la règle.

Les parois des kystes tapissées de cellules épithéliales, sont constituées par un tissu dans lequel on trouve à peine des traces de l'élément glandulaire.

En un mot toute la description macroscopique du gros rein polykystique congénital se rapporte fidèlement à celui que l'on rencontre chez l'adulte.

La particularité de la coexistence du gros rein polykystique avec des kystes multiples du foie est encore importante à noter, au point de vue anatomo-

pathologique et nous rapportons plus loin quelques observations de ce genre.

Comme cette forme particulière de tumeurs rénales fut trouvée aussi chez les adultes pendant l'autopsie, elle commença à exciter l'intérêt des médecins.

Hufeland fut le premier qui parla des kystes multiloculaires des reins ; il les décrit sous le nom de dégénérescence kysteuse. Un peu plus tard Rollet parle de la même affection trouvée chez une femme morte subitement dans la rue et dont l'autopsie ne fit découvrir aucune autre maladie.

En 1837, Rayer donne le premier, dans son traité des maladies du rein, une analyse un peu détaillée du gros rein polykystique auquel il a donné le nom de *kystes séreux du rein* ; où il dit :

Il y a enfin des cas, où sans affection rénale antécédente appréciable, les deux reins sont atteints d'une véritable dégénérescence enkystée, de la substance corticale ; dégénérescence qui peut être portée à un si haut point, qu'il ne reste presque plus de trace des substances rénales ; alors, les fonctions urinaires sont presque suspendues ou perverties et des lésions fonctionnelles graves des autres appareils, surtout de l'appareil cérébro-spinal, déterminent la mort.

Pl. XXVI fig. 1. et 2. Rayer fait figurer un exemple très remarquable de la dégénérescence kystique et il dit : Les kystes, en général assez petits, étaient

tellement serrés les uns contre les autres que la structure rénale était complètement désorganisée.

En pareil cas, le volume des reins augmente considérablement et, on peut quelquefois sentir, dans les régions rénales, de véritables tumeurs bosselées.

Voilà maintenant les explications qu'il donna à côté des dessins. Fig. I. Rein droit vu par la face postérieure. — Toute la substance de cet organe était pénétrée de kystes séreux, qui par suite de leur développement, étaient devenus contigus et avaient atrophié complètement les substances rénales. La plupart de ces kystes contenaient une humeur séreuse jaunâtre.

Les autres étaient remplis d'une matière brunâtre ; aucun d'eux ne communiquait avec les conduits urinaires. Le rein était considérablement augmenté de volume.

Le rein du côté opposé offrait absolument la même altération.

La mort avait paru déterminée par des accidents cérébraux.

Fig. 2. Coupe d'un rein qui avait éprouvé la dégénérescence enkystée à un si haut degré qu'il ne restait que des traces des substances corticale et tubuleuse ; de sorte que le rein qui avait conservé sa forme, paraissait réellement constitué par une agglomération de kystes.

Le rein du côté opposé, présentait absolument la même altération.

La mort avait été en apparence la suite d'une affection cérébrale.

Cruveilhier décrit ensuite le gros rein polykystique sous le nom de « *transformation kysteuse du rein* ».

Vient ensuite une période dans laquelle sa pathogénie fut surtout étudiée et discutée.

A la tête de ces auteurs on doit placer Virchow non seulement quant à l'époque, mais aussi à cause de l'importance et de l'excellence de ses dires; car il créa effectivement en 1846 la base fondamentale de la pathogénie du gros rein polykystique.

Virchow admettait que les canalicules urinaires furent bouchés par des infiltrations uratiques et qu'il résultait de cette obstruction une dilatation des canalicules placés au dessus et par conséquent une atrophie de la substance environnante.

Plus tard, Virchow, se basant sur un matériel plus grand, s'écarte de cette idée et admet alors comme cause de la transformation kystique des reins une atrésie des papilles, c'est-à-dire le résultat d'une néphrite interstitielle chronique.

Il décrit d'une manière détaillée l'autopsie d'un enfant chez lequel les deux reins étaient transformés en un système de kystes multiloculaires.

Un enfant de la même mère, sur lequel il pratiqua plus tard l'autopsie, présenta les mêmes altérations rénales, et vraisemblablement, les deux premiers enfants morts aussitôt après la naissance.

ont succombé aux mêmes troubles des reins.

Pour Virchow, ces cas démontrent avec certitude que la cause de la dégénérescence polykystique des reins devait réellement exister déjà dans le sein de la mère et qu'on ne peut penser ici qu'au passage de matières irritantes de la mère au fœtus.

Von Ewald ayant fait en 1892 un rapport à la Société de Médecine de Berlin sur la dégénérescence polykystique totale des reins, Virchow revint à nouveau sur le sujet. Encore cette fois-ci il s'attache à l'importance étiologique d'une atrésie des papilles, qu'il ramène à un processus adhésif anormal (*Verwachsungs process*), qui s'est développé à un moment quelconque de la vie embryonnaire et que nous désignons ordinairement sous le nom de « néphrite. »

Virchow ne fait pas une grande différence entre les reins polykystiques congénitaux et le gros rein polykystique des adultes, bien plus, d'après lui les gros reins multiloculaires des adultes ne sont à considérer que comme des restes d'état kystique de la vie fœtale et l'on doit admettre qu'une certaine tolérance s'est établie dans les reins, de sorte que les gens sont en état de vivre un grand nombre d'années, malgré la dégénérescence d'une aussi grande masse du parenchyme rénal.

Tarnier dans un article sur les gros reins polykystiques congénitaux, publié en 1892 dans le Journal des sages-femmes, professe les mêmes idées que Virchow.

Il dit entre autres :

« En général, les enfants meurent rapidement par empoisonnement urémique: mais cependant, si le rein n'est pas entièrement atteint, les enfants peuvent s'élever et c'est chez eux, devenus adultes, que l'on rencontre les cas de gros reins polykystiques ; donc il faut chercher dans la vie fœtale l'origine de cette affection. »

Ajoutons encore que dans un certain nombre de cas où il n'existait aucune lésion manifeste, on a été conduit à soupçonner l'existence d'un vice de développement des tubes urinifères.

A la vérité, la dégénérescence polykystique des reins coexiste assez fréquemment avec des malformations de l'appareil urinaire, telles que : imperforation du prépuce, de l'urèthre, absence de la vessie, du bassin, défaut de communication de ce dernier avec l'uretère ou avec le rein. Dans d'autres cas elle coïncidait avec des malformations d'autres organes ; hydrocéphalie congénitale, hydrencéphalocèle, bifidité de l'utérus, absence des parties génitales ; division surnuméraire des mains et des pieds, pieds bots, etc.

Disons-le tout de suite, les malformations coïncidant avec les gros reins polykystiques ont été trouvés seulement chez des fœtus ayant succombés, et la littérature ne nous sert aucune observation de ce genre chez l'adulte.

Lancereaux dans son article sur les gros reins

polykystes des nouveau-nés et des adultes, publié dans l'encyclopédie des Sciences médicales, discute toutes les opinions émises par les différents auteurs sur la pathogénie du gros rein polykystique. Pour lui, aucune ne paraît suffisamment établie pour être acceptée.

Il termine en disant :

De nouvelles recherches sont donc nécessaires pour arriver à connaître la genèse exacte de cette altération.

Nous ne pouvons qu'approuver Lancereaux, car la pathogénie du gros rein polykystique est encore aujourd'hui assujettie à une foule d'opinions différentes et nous verrons dans la suite de notre développement de la genèse, que le dernier mot n'a pas encore été dit.

Si nous voulons brièvement exposer les différents travaux et discussions sur la pathogénie du gros rein polykystique, nous trouvons selon les différentes conceptions des auteurs, que trois théories ont été successivement émises, depuis Virchow 1846 à nos jours.

1° *La théorie intra-utérine ou fœtale.* — Klebs, Birsch-Hirschfeld, Rosenstein, Furbringer admettent la manière de voir de Virchow, car ils disent : lorsqu'on trouve chez les adultes des reins polykystiques, dont la grosseur et le développement symétriques ont une grande ressemblance avec les formes

congénitales, celles-ci ont persisté au-delà de la vie embryonnaire.

2^o *Théorie du processus inflammatoire et de rétention.*

Pour Lichtenstern il existe deux possibilités :
1^o l'accident primaire est une inflammation très particulière du bassinet, qu'il désigne sous le nom de « *nephropyelitis fibrosa* » et qui empiète sur les papilles. Ce processus inflammatoire aurait pour conséquence l'oblitération des canalicules, laquelle à son tour donnerait progressivement lieu à la formation des kystes.

Lichtenstern admet cette possibilité, mais il la considère comme invraisemblable, surtout parce qu'il ne peut trouver aucune raison pour une telle pyélonéphrite.

Il donne comme deuxième explication, plus admissible à son avis, une irritation inflammatoire des tubes droits, laquelle donnerait lieu à une néphropapillite primaire interstitielle, qui à son tour conduit à l'oblitération des tubes urinifères et à la formation consécutive des kystes.

Arnold invoque un étranglement des tubes urinifères du tissu conjonctif, qui aurait comme conséquence la formation de kystes de rétention. Il admet cette manière de voir pour les grands kystes, tandis que pour les petits kystes, il voit une dilatation des tubes urinifères oblitérés, dilatation due à une sécrétion pathologique des épithéliums, soit de l'al-

bumine ou de la mucine ou la métamorphose hyaline des épithéliums.

Thorn et Durlach admettent comme cause de la dégénérescence polykystique des reins. une inflammation interstitielle de la substance médullaire.

3^e *Théorie de néoformation vraie.*

Lejars dans sa thèse sur le gros rein polykystique va un peu plus loin. Il admet que les kystes peuvent se développer dans le cours d'une néphrite interstitielle, mais il nie absolument l'intervention d'une prolifération du tissu conjonctif dans la genèse du véritable gros rein polykystique, dans lequel il voit une affection particulière, semblable à la formation de kystes dans les testicules ou dans les seins.

Plus récemment, Nauwerk et Hufschmid vont encore plus loin dans un rapport d'un cas de gros rein polykystique bi-latéral diagnostiqué *intrá vitam* par Lichtheim à Koenigsberg.

Pour eux la théorie de la rétention est absolument insuffisante ; ils voient dans l'affection polykystique des reins une véritable néoplasie, partant des tubes urinifères normaux, et ils appellent cette affection un *Adenokystome multiloculaire*, admettant en cela une opinion déjà émise par deux auteurs italiens. *Brigidi et Severi*.

Kahlden qui mentionne deux cas de rein polykystique multiloculaire, est d'accord avec la manière de voir de Nauwerk et Hufschmid, mais il fait une réserve en ce qui concerne les grands kystes, car il

dit : il est vraisemblable au plus haut degré, que dans les cas de kystes très dilatés, la rétention joue encore un rôle très essentiel, et que pour cette raison les kystes, dans la période ultérieure de l'affection, ressemblent souvent davantage aux kystes de rétention qu'aux cavités résultant d'une formation d'adénokystome. Il admet par conséquent les deux manières de voir en faisant intervenir d'une part la dilatation par rétention pour les grands kystes et d'autre part une néoplasie vraie pour les kystes de petites dimensions.

Il résulte de ces diverses conceptions des auteurs qu'un accord n'est pas encore fait jusqu'à ce jour sur la pathogénie du gros rein polykystique.

Si nous résumons brièvement les différentes opinions des auteurs sur la genèse du gros rein polykystique, nous devons dire que déjà Virchow dans ses travaux a fait part de toutes les possibilités de la formation de la dégénérescence polykystique des reins ; mais nous ne pouvons nous dispenser de dire que Virchow encore dans la dernière publication a rejeté énergiquement la possibilité d'une néoformation, c'est-à-dire la théorie d'adénokystomes, qu'il ne trouve démontrée par rien.

Il dit même textuellement ;

Jamais un kyste interstitiel ne se forme dans le rein, cela je le nie de la façon la plus précise.

Symptômes cliniques du gros rein polykystique.

Nous avons vu dans ce qui précède que la pathogénie du gros rein polykystique présente en beaucoup de points, une grande obscurité ; malheureusement nous sommes obligés d'avouer tout de suite que les symptômes cliniques de la dégénérescence polykystique des reins ne sont pas moins obscures, non pas que les observations nous manquent, mais précisément parce que l'affection évolue le plus souvent sans symptômes appréciables.

En vérité il n'existe pas de symptômes cliniques ayant un rapport pathognomonique à la dégénérescence polykystique des reins et la plupart des cas ont été une trouvaille d'amphithéâtre. On doit être surpris que des altérations aussi grossières des reins ne se traduisent pas par des symptômes précis.

Cornil dans un article publié en 1880 dans le Progrès Médical à propos d'un examen histologique d'un rein polykystique, s'étonne qu'une perte de substance rénale aussi considérable ne donne que peu de symptômes cliniques.

Seule la lenteur du processus morbide dit-il, en permettant à l'économie de s'habituer pour ainsi dire à la nouvelle situation qui lui est faite, fait comprendre la compatibilité de la vie avec de pareilles lésions.

Une excrétion complémentaire se fait alors par la peau et par l'intestin ; mais dans ces circonstances il suffit d'une cause souvent insignifiante pour rom-

pre l'équilibre et déterminer subitement des accidents irrémédiables.

Nous avons étudié minutieusement les travaux sur la symptomatologie du gros rein polykystique et nous allons essayer de donner un portrait clinique fidèle, autant que l'étude de nombreuses observations publiées dans la littérature, ainsi que deux observations personnelles, que nous avons eues l'occasion de suivre, nous permettent de le faire.

Le gros rein polykystique des adultes ne se révèle tout d'abord par aucun symptôme appréciable ; la sécrétion urinaire continue à avoir lieu et même assez fréquemment elle peut être augmentée. La santé générale, à part un certain degré d'anémie, est peu troublée.

Dans une période plus avancée les malades sont pris d'hématurie, ils s'affaiblissent, digèrent mal ; les urines diminuent de densité et deviennent faiblement albumineuses, puis vient un moment où la palpation des reins permet de constater la tuméfaction et les bosselures, dont les organes sont le siège. C'est alors que tout à coup, et souvent au milieu d'une santé bonne en apparence, on voit survenir les désordres urémiques les plus graves, délire et coma, quelquefois des attaques convulsives et une mort rapide.

Nous allons plus loin, par une série d'observations démontrer cette issue rapide dans le coma urémique.

Dans un certain nombre de cas, des vomissements et même une diarrhée plus ou moins abondante et

persistante, paraissent pendant un certain temps du moins, retarder l'apparition des accidents de l'urémie apoplectique ou éclamptique.

Plus souvent encore les malades se plaignent d'une constipation opiniâtre.

Un symptôme qui fait rarement défaut, est la douleur. Cette douleur part tantôt d'un hypochondre, tantôt des deux, selon le volume des tumeurs. Elle s'irradie vers l'ombilic, mais surtout vers la partie supérieure des cuisses.

Nous verrons plus loin que la constipation et la douleur étaient les symptômes principaux dans une de nos observations.

Un autre symptôme que nous ne trouvons relaté nulle part et qui n'aurait sûrement pas attiré notre attention, si nous ne l'avions rencontré chez nos deux malades, c'est la sensation de gonflement de l'abdomen, qui paraissait incommoder beaucoup nos deux malades et dont elles se plaignaient longtemps avant de venir en observation. Faut-il attribuer cette sensation à la constipation ? nous le croirons aisément.

Nous avons entendu les deux mêmes malades se plaindre depuis un certain temps de céphalée intense, allant jusqu'à l'insomnie. Nous signalons ce fait, non pas dans le but d'en faire un symptôme pathognomonique du gros rein polykystique, mais seulement à titre de renseignement.

L'hypertrophie du ventricule gauche est citée par-

fois comme coexistante et d'après quelques auteurs cette hypertrophie serait particulièrement caractéristique.

Après avoir énuméré tous ces symptômes cliniques qui intéressent le gros rein polykystiques chez l'adulte, nous voulons essayer d'analyser ceux d'entre eux qui nous paraissent les plus dignes d'intérêt, car en jetant un coup d'œil sur les observations de la dégénérescence polykystique des reins on se rendra facilement compte qu'aucun de tous ces symptômes n'est constant, et que tous se rapportent aussi bien à d'autres affections rénales.

Nous avons vu en première ligne que l'albuminurie, l'hématurie intermittente, diminution de la densité sont les uniques altérations du gros rein polykystique, mais nous devons observer que ces altérations ne se rencontrent que dans une série de cas, tandis que dans d'autres cas, les urines n'ont subi aucune altération qualitative : seule une faible polyurie paraît exister toujours, donc les altérations des urines n'ont aucunement un caractère pathognomonique pour la dégénérescence polykystique des reins.

L'albuminurie n'est-elle pas un symptôme général pour presque toutes les maladies de reins ?

Ne trouvons nous pas dans le cancer du rein l'hématurie intermittente comme symptôme principal ? En ce qui concerne l'hématurie nous devons précisément avouer que nous la considérons comme très

rare, s'il faut en croire les observations que nous avons sous nos yeux tant empruntées que personnelles : elle a donc une valeur médiocre.

Reste la polyurie ; il est vrai que celle-ci est presque constante, du moins à un certain moment de l'affection polykystique du rein, sans que pour cela elle présente un symptôme pathognomonique ; car la polyurie dans les néphrites interstitielles est un phénomène habituel.

Il en est de même de la douleur dans la région des reins, car toutes les affections du rein sont plus ou moins douloureuses. Peut-être pourrait-on attacher quelque importance à l'irradiation des douleurs vers l'abdomen et les cuisses, mais si nous songeons au cancer et au carcome du rein, nous trouvons ces mêmes caractères douloureux.

Est-il nécessaire de parler de l'affaiblissement, de l'amaigrissement, perte d'appétit, etc. ; tous des symptômes généraux que l'on met en évidence pour l'affection polykystique du rein. Ces symptômes se rencontrent dans toutes les maladies rénales en général et dans le cancer du rein en particulier.

Reste encore l'hypertrophie du ventricule gauche ; mais nous savons que cette hypertrophie est souvent une lésion consécutive à la néphrite interstitielle (Charcot, Potain, Strauss).

Il ressort clairement de ce qui précède qu'il n'existe pas de symptôme pathognomonique du gros rein polykystique et que si nous voulions résumer les prin-

cipaux symptômes de cette affection il faudrait les résumer sous les noms : « Altération des urines, douleur de la région des reins et tumeurs palpables. »

Nous pouvons cependant ajouter à ces symptômes un autre, qui semble pour nous avoir une valeur de la plus haute importance; c'est la bilatéralité de la dégénérescence polykystique des reins, car elle a une valeur réelle au point de vue du diagnostic du gros rein polykystique et une importance capitale au point de vue de l'intervention chirurgicale, sur laquelle nous reviendrons en temps utile.

Diagnostic du gros rein polykystique.

En présence de ces symptômes douteux que nous venons de passer en revue, il est bien difficile d'établir un diagnostic certain du gros rein polykystique. Seulement quand les deux reins ont atteint une telle grosseur qu'ils peuvent être palpés sous forme de tumeurs bosselées, de consistance ferme et qu'en outre, existent, de l'œdème intermittent des extrémités inférieures, de l'albuminurie, hématurie, cachexie progressive accompagnés de douleurs dans les reins, qui s'irradient vers les cuisses, on est en quelque sorte fondé à soupçonner la dégénérescence polykystique des reins. Le diagnostic, même avec l'existence de tous ces signes, n'est pas certain, à moins que l'on puisse, par exclusion, s'appuyant sur la marche de la maladie, éliminer les tumeurs malignes du rein.

Le diagnostic différentiel avec certaines affections rénales est plus aisé à établir.

Ainsi le gros rein polykystique des adultes offre certaines analogies symptomatiques avec la néphrite interstitielle, mais la différence du volume des reins ne permet pas de confondre les deux affections.

Le gros rein polykystique de l'adulte pourrait être confondu avec l'hydronéphrose; mais cette dernière est presque toujours une lésion unilatérale et subordonnée à l'altération des voies urinaires. La dégénérescence polykystique des reins se distingue en outre par les bosselures auxquelles elle donne lieu et par son extension aux deux reins.

L'absence de tout état fébrile la sépare entièrement des abcès de la glande urinaire.

Le gros rein polykystique a été confondu plusieurs fois avec les kystes de l'ovaire. Les kystes agglomérés du rein se reconnaissent à leur état lobulé, à leur développement, qui s'accomplit de haut en bas et non de bas en haut; d'ailleurs situés dans le flanc, ils n'ont aucun rapport avec l'utérus.

Vu les grandes difficultés du diagnostic du gros rein polykystique, nous avons cherché les cas qui ont été diagnostiqués et nous ne sommes aucunement étonnés de ne trouver dans toute la littérature que cinq cas où le diagnostic du gros rein polykystique a été établi pendant la vie.

En raison de ce petit nombre de diagnostics *intra vitam* et confirmé à l'autopsie, nous croyons bien

faire en les honorant d'une mention plus précise.

Premier cas : Le premier cas concerne une femme âgée de 52 ans, qui fut admise en 1881 dans le service du docteur Duguet, hôpital Saint-Antoine.

Dans les deux hypochondres on pouvait palper deux grosses tumeurs sphériques et de consistance élastique.

La femme était pâle, avait de légères palpitations de cœur, l'appétit diminué. Elle souffrait en outre de constipation.

L'urine était claire, pâle, d'une faible densité.

Les analyses de l'urine ne donnèrent ni albumine, ni sucre, ni éléments organiques.

Duguet diagnostiqua environ 2 ans avant la mort de la malade, un gros rein polykystique bilatéral.

En juillet 1882 Duguet revoit la même malade dans son service à l'hôpital Lariboisière.

Elle fut de nouveau soumise à une observation minutieuse et encore maintenant Duguet revient sur le diagnostic du gros rein polykystique, établi déjà en 1881.

Encore à cette époque les urines ne présentaient aucune altération qualitative. La quantité d'urine émise était journellement de 2 à 3 litres.

L'affaiblissement et la perte d'appétit augmentèrent.

Le 19 mars 1883 des vomissements survinrent, qui empêchaient toute intervention thérapeutique.

La malade mourut d'urémie avec anurie à la fin du même mois.

L'autopsie confirma le diagnostic.

Ce cas de Duguet est bien celui qui fut soumis le plus longtemps à une observation rationnelle et malgré cela tout éclaircissement clinique fait défaut, non que l'observation eut été insuffisante, mais parce que la maladie a précisément évolué sans symptômes appréciables.

Duguet termine l'histoire de cette malade en disant : « Après avoir étudié cette malade pendant un certain temps, je n'hésitai pas à me prononcer.

« La maladie polykystique des reins, affection bilatérale, indolente, compatible longtemps avec une santé générale assez bonne, était la seule supposition plausible et ce fut elle à laquelle je m'arrêtai. »

Deuxième cas : Le second cas de diagnostic de gros rein polykystique fut établi en juin 1887 par Verneuil, chez une femme âgée de 53 ans, qui tomba subitement malade d'anurie complète et de vomissement.

La connaissance était conservée. De grandes douleurs se manifestèrent, particulièrement à la pression, dans les deux hypochondres, sans que, comme il semble, des tumeurs fussent palpables.

Verneuil sonda la malade, mais il ne put obtenir aucune goutte d'urine.

En raison de l'anurie persistante on songea tout d'abord à une obstruction des deux uretères par des

calculs; cependant Verneuil, en se basant sur un cas semblable, observé peu de temps avant celui-ci, posa le diagnostic de gros rein polykystique bilatéral, qui fut confirmé à l'autopsie.

Troisième cas : Newman parle du troisième cas diagnostiqué en 1889.

Il s'agit d'un homme de 46 ans. Dans son cas l'urine contenait en même temps que de l'albumine et des cylindres hyalins, constamment des globules rouges.

Le diagnostic du gros rein polykystique porté par Newman *intra vitam*, fut ultérieurement confirmé à l'autopsie.

Quatrième cas : Lichtheim diagnostiqua un gros rein polykystique fin 1892.

L'exactitude du diagnostic fut confirmée à l'amphithéâtre. Nauwerk et Hufschmid ont mentionné ce cas d'une façon détaillée,

Cinquième cas : Le cinquième cas de diagnostic de gros rein polykystique fut établi par Ferron, médecin en chef de l'hôpital militaire à Besançon et publié dans le *Journal de médecine de Bordeaux* 1894, p. 230-31.

En raison de son intérêt, il mérite d'être signalé *in extenso*.

Le nommé P..., adjudant au 4^e d'artillerie, âgé de 35 ans, entre dans son service le 21 février 1894 avec le diagnostic: tumeur de l'abdomen.

Gros, à facies pâle, avec plaques couperosées, il se plaint depuis un mois de céphalée, d'insomnie, d'op-

pression, d'inappétence, de nausées, de vomissements, d'anéantissement général et d'une sensation de pesanteur dans le côté gauche de l'abdomen.

Il raconte qu'en 1884, en montant à cheval, il éprouva sous les fausses côtes gauches un tiraillement qui s'accroissait peu à peu pendant les exercices d'équitation et qui, sans déterminer une douleur réelle, l'obligea, il y a 4 ans, à recourir aux conseils du médecin du régiment.

Celui-ci diagnostiqua un rein flottant et obtint pour le sous-officier un emploi peu actif.

Ne montant plus à cheval, P..., continua son service jusqu'au jour où se montrèrent les accidents généraux qui ont décidé son entrée à l'hôpital.

Pas d'antécédent héréditaire à signaler du côté du père ; la mère a succombé à un cancer de l'estomac.

Quant à lui, il avoue quelques excès alcooliques, dès le début de sa carrière militaire, mais il est sobre depuis longtemps ; il n'a pas eu la syphilis.

Peu de troubles de miction : jamais d'hématurie.

La paroi abdominale tendue est le siège d'un œdème léger. — Tympanisme rendant l'exploration profonde difficile.

Dans les régions déclives, submatité, en relation probablement avec un peu d'ascite.

A gauche, voussure formée par une tumeur non-fluctuante, bosselée, descendant des fausses côtes dans la fosse iliaque, dépassant la ligne médiane, mate dans la moitié supérieure, coupée à la partie moyenne par une zone de sonorité, correspondant au colon transverse, mobile, donnant par la palpation bimanuelle la sensation du ballottement ; indolore, mais impressionnée désagréa-

blement par la mobilisation que nous lui imprimons, ne suivant pas les mouvements thoraciques.

A droite, perception d'une tumeur moins volumineuse, non mobilisable, occupant la région rénale, plus douloureuse à la pression, indépendante du foie, qui présente une légère augmentation de volume.

Augmentation du volume du cœur, dont les bruits sont sourds, mais nullement altérés dans leur rythme. Rien du côté pleuro-pulmonaire.

Urine décolorée, chargée d'albumine.

M. Ferron porte le diagnostic : Maladie kystique des reins, se basant sur la bilatéralité des lésions et sur la constatation des bosselures multiples de la face antérieure des reins.

M. Ferron, pour confirmer le diagnostic accepté avec réserve par son entourage et sur l'insistance de P. qui réclame une opération, vide successivement au Potain 3 kystes, qui donnent, l'un après l'autre, 10 à 20 gr. de liquide, couleur marc de café.

P., demande son exeat le 14 mars pour régler des affaires de famille.

Le 8 avril, il meurt subitement chez lui.

L'autopsie pratiquée le 10 avril ne relève d'autre lésion notable que celle des reins.

Le rein gauche mesurant 33 cent. de long, circonférence 48 cent. à sa partie moyenne, n'est qu'un amas de loges kystiques, la plupart plus grosses qu'une noix, contenant du liquide de coloration variable; sérosité, ou limpide, ou brune, ou marc de café.

Le rein droit, moins volumineux, a subi une altéra-

tion moins prononcée, mais déjà si considérable qu'on a peine à comprendre que la vie fût compatible avec cette double dégénérescence.

Nous pourrions encore ajouter deux autres cas diagnostiqués *intra vitam* et qui nous sont personnels. Pour ne pas faire double emploi nous y reviendrons en parlant de la thérapeutique du gros rein polykystique.

Marche et terminaison du gros rein polykystique.

La marche de l'affection du gros rein polykystique des adultes est toujours longue et sournoise, car nous avons vu en parlant des symptômes cliniques, que cette maladie évolue toujours sans symptômes appréciables, et qu'il est impossible que ces colossales tumeurs rénales puissent évoluer dans un laps de temps aussi court que celui que nous pouvons établir entre la manifestation des premiers symptômes de l'affection et de son issue fatale, qui arrive toujours plus ou moins subitement dans le coma urémique sans que nous soyons avertis par le moindre indice, à moins que les malades succombent à une maladie intercurrente.

D'après nos études des observations, nous avons pu constater que l'apparition du gros rein polykystique se montre entre l'âge de 35 et 60 ans et que le sexe masculin en est plus souvent frappé que le sexe féminin.

Nous allons maintenant confirmer par quelques observations, ce que nous venons d'avancer sur la terminaison du gros rein polykystique, terminaison que Rayer a attribuée à des lésions graves de l'appareil cérébro-spinal, et sous lesquelles nous comprenons aujourd'hui les accidents urémiques.

I. *Dégénérescence polykystique des deux reins. — Mort dans le coma urémique.* LANCEREAUX, 1864.

G..., terrassier, âgé de 50 ans, homme grand et robuste, est transporté après une chute qu'il venait de faire, dans le service chirurgical de M. Jobert à l'Hôtel-Dieu ; une simple plaie de jambe n'empêcha pas le malade de se lever chaque jour et de se promener dans la salle. Mais le 6^e jour, après son entrée à l'hôpital, il est pris de subdélirium, puis d'un état comateux, qui progresse jusqu'à la mort, arrivée 4 jours plus tard, le 13 juin 1863.

A l'autopsie, on trouve les deux reins d'un volume considérable.

Le droit qui est le plus gros, fait saillir le foie en avant et vient tomber à la paroi abdominale antérieure, en sorte qu'il est facile de le sentir à travers cette paroi, et de saisir ses bosselures et ses inégalités. — il pèse 1525 gr. Par sa forme extérieure, il a de l'analogie avec une grappe de raisin, et est formé de kystes arrondis, pressés les uns contre les autres, d'un volume qui varie depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une grosse noix ; les kystes ont des parois transparentes et con-

tiennent les uns un liquide clair, les autres un magma épais, jaunâtre ou brunâtre, formé de globules sanguins, de cristaux de cholestérine, de granulations graisseuses et de cellules volumineuses avec noyau central.

II. *Dégénérescence polykystique des deux reins et du foie*

M..., âgé de 44 ans, frappeur, né à Saint-Denis, est admis pour la troisième fois à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 23, le 2 mai 1864.

Au mois de janvier de la même année, il passa quinze jours ou trois semaines dans la même salle, et comme il était porteur de boutons d'acné, on lui administra de l'iodure de potassium.

A ce moment il était somnolent à tel point que l'un de ses anciens camarades me dit qu'il dormait jusqu'à 20 heures par jour. Sorti pour aller passer quelque temps à Vincennes, il rentra peu après et fut placé salle Saint-Julien (service de M. Horteloup).

Il avait alors un peu d'anarsarque, mais il quitta de nouveau l'hôpital après un court séjour, et lorsqu'il y revint le 2 mai, c'était pour mourir 3 jours plus tard.

Il avait alors des vomissements, de la constipation, une dyspnée pénible avec respiration suspirieuse; il était somnolent et dans un état de torpeur voisin du coma. Dans ces conditions il fut pris par quelques personnes pour un alcoolisé. Toutefois, comme les urines, un peu louches, traitées par l'acide nitrique et la chaleur, donnaient lieu à un précipité albumineux, blanchâtre et non floconneux, on put croire aussi qu'il s'agissait d'accidents urémiques.

Particularité digne de remarque, la sécrétion urinaire était assez abondante pour qu'il fût possible au malade d'en fournir à plusieurs reprises pour l'examen. Avant la mort, la somnolence fit place à un coma profond, accompagnée d'une respiration stertoreuse.

Autopsie : Le foie, un peu gros, mesure 28 centimètres dans son plus grand diamètre. Sa capsule est transparente, et on aperçoit sur ses deux faces 50 à 60 petits kystes de 1 à 2 centimètres d'étendue et à peine saillants. A la coupe, le parenchyme hépatique est parsemé de cavités kystiques, capables de contenir une lentille ou une petite noisette. Ces kystes moins nombreux dans la profondeur qu'à la périphérie de l'organe, sont disséminés au milieu des éléments propres du foie peu modifiés.

Les deux reins sont augmentés de volume et mesurent en hauteur, celui de gauche 24 centimètres, celui de droite 23.

Ils ont l'un et l'autre l'apparence d'une grappe de raisin, ce qu'ils tiennent de leur transformation en poches kystiques plus ou moins grosses, variant depuis le volume d'une lentille jusqu'à celui d'une noisette ou d'un petit œuf. Ces kystes ont un contenu transparent ou opaque, brunâtre, rosé ou verdâtre, dans lequel l'examen microscopique révèle la présence assez générale de cellules granuleuses, d'hématosine et de cholestérine.

III. *Coïncidence du gros rein polykystique avec des kystes dans le foie. Urémie*

La nommée Desvignes (Eugénie), âgée de 50 ans, entre le 3 juin 1882 à la Pitié dans le service de M. Cornil.

Rien de particulier dans sa santé jusqu'à une époque qui

remonte à 13 mois environs avant son entrée à l'hôpital.

Voici le symptôme que la malade a commencé à sentir à cette époque : Affaiblissement général, amaigrissement, diminution de l'appétit, douleurs intermittentes dans le ventre et à plusieurs reprises métrorrhagies peu abondantes ; malgré la diminution progressive de ses forces, elle a pu continuer à vaquer à ses occupations.

Il y a 8 jours, elle a dû renoncer au travail, l'affaiblissement ayant notablement augmenté et l'anorexie étant devenue complète, violent mal de tête.

Examen : La malade est dans un grand abattement, mais ses réponses sont très nettes. Les renseignements sont donnés avec précision.

Elle se plaint d'avoir une forte diarrhée — ventre douloureux surtout à gauche — à la percussion, dans le flanc et la fosse iliaque gauches de la matité : — A la palpation dans cette même région une masse volumineuse, irrégulière, bosselée, arrondie aux deux extrémités ; dans la région lombaire la tumeur n'est pas perceptible. La région hépatique est légèrement douloureuse à la pression, mais le volume du foie ne paraît pas augmenté notablement — Cœur rien.

Urine. — Albumine, globules blancs et rouges.

Le 6 juin, l'intelligence commence à se troubler, il survient de l'incontinence des urines et des matières fécales.

Le 7 juin la malade tombe dans le coma le plus absolu et succombe le 8 juin.

A l'autopsie on trouve le foie augmenté de volume surtout dans le sens transversal sur son bord convexe, on observe une grande quantité de petits kystes en ilots, du volume d'une lentille à un petit pois. A la pointe du

lobe gauche on en voit de gros comme une noix — l'un d'eux, gros comme un œuf de pigeon, est rempli d'une sérosité puriforme avec grumeaux.

Mais ce qui frappe la vue tout d'abord c'est le volume énorme des deux reins qui soulèvent le péritoine et toute la masse intestinale.

Le rein droit est considérable, il a 23 centimètres de longueur et pèse 980 grammes dépouillé — tout le tissu rénal a fait place à des kystes innombrables, dont le volume varie d'une lentille à une noix. Rien ne rappelle le parenchyme rénal.

Le rein gauche, beaucoup plus gros, pèse 1680 gr. Il offre le même aspect.

(V. *Kystes du foie et des deux reins*. BRIMON.
Prog. Méd. 1884.

Une femme âgée de 68 ans, entrée dans le service de M. Déprés à la Charité le 16 mai 1883 pour une gingivite gangréneuse, meurt dans l'urémie sept jours après son entrée.

A l'autopsie on trouve des kystes multiples du foie et des deux reins. Les kystes des deux organes sont absolument identiques.

Leur volume varie de celui d'une lentille jusqu'à celui d'une noix.

Le ligament large, tout près du pavillon, porte un kyste analogue ayant le volume d'une noix.

V. *Dégénérescence kystique des deux reins*. — *Urémie*.

M. Hanot, *Archives générales de Médecine* 1885 (p. 721 26) nous montre un malade de 37 ans qui succombe en

quelques jours dans l'urémie, au milieu d'une bonne santé apparente.

A l'autopsie on trouve les deux reins affectés de dégénérescence polykystique et complète.

Il y a à noter que ce malade éprouvait depuis l'âge de 18 ans de temps en temps de violentes douleurs dans la région lombaire gauche.

Le rein gauche pèse 1150 gr., 25 centim. de longueur sur 15 de large.

VI. *Dégénérescence kystique des deux reins.*

Progrès médical 1884 1100. Cheron:

Le nommé X. âgé de 43 ans, entre le 1^{er} janvier à l'hôpital Tenon.

Autopsie. — On trouve que les deux reins avaient subi une dégénérescence polykystique complète. Le volume des kystes ont la plupart la grosseur d'une tête d'épingle, deux ou trois comme un petit œuf.

Le contenu variable. Liquide clair ou foncé.

L'analyse du liquide donne une grande quantité d'albumine, globules sanguins, cristaux de leucine.

L'observation du malade, mort au bout de quelques jours dans le coma, ne relève rien de particulier.

VII. *Dégénérescence polykystique des deux reins. — Hypertrophie du cœur. Prog. Méd. 1883, p. 389.*

Brodeur int.

Le nommé Ducroquet Henri-Joseph journalier âgé de 73 ans, entre dans l'infirmerie Saint-Jean Baptiste, n° 26,

service de M. Raymond, le 1^{er} mars 1882. Il existe chez ce malade une extrême dyspnée.

A l'autopsie, on trouve de l'hypertrophie cardiaque, des kystes nombreux et volumineux des deux reins avec disparition de la plus grande partie de leur substance médullaire et corticale.

Cette observation est la seule où nous ayons rencontré l'hypertrophie du cœur.

VIII. *Dégénérescence polykystique des deux reins. —
Urémie.*

M. Pawlowski dans le journal hebdomadaire de Saint-Petersbourg relate deux cas de dégénérescence polykystique des deux reins, trouvés à l'autopsie.

Cette mort est survenue d'une façon inattendue dans le coma urémique.

Pronostic du gros rein polykystique.

D'après ce que nous venons de voir il vade soi que le pronostic du gros rein polykystique est des plus graves, car il conduit fatalement à la mort. Bien que cette issue fatale puisse arriver à un âge avancé, les malades sont exposés à tout moment au danger de l'urémie. Si des maladies intercurrentes surviennent, qui demandent une exigence plus grande à la fonction des reins, le dépérissement est naturellement hâté.

Traitement du gros rein polykystique.

Les indications thérapeutiques du gros rein polykystique sont de deux ordres :

1^o S'opposer au progrès du mal, c'est-à-dire traiter directement l'altération rénale ;

2^o Prévenir l'apparition des accidents urémiques et les combattre lorsqu'ils existent.

Peu fixés sur l'étiologie et la genèse du gros rein polykystique nous pouvons difficilement remplir la première indication et combattre cette altération, qui d'ailleurs, nous échappe le plus souvent à son début.

Nous avons vu plus haut, en parlant des symptômes cliniques, que parfois une diarrhée persistante paraît retarder pour un certain temps l'apparition des accidents urémiques.

Il serait donc peut-être possible, de prévenir et de traiter avantageusement les accidents urémiques, surtout par l'emploi des purgatifs ; mais ces moyens ne sont pas curatifs et s'ils retardent l'issue fatale, ils ne peuvent l'éviter.

La tâche du médecin se borne par conséquent à l'expectation seule, en essayant de protéger les malades contre tous les préjudices, qui pourraient affaiblir le parenchyme rénal existant, encore susceptible de fonction.

Il s'agira donc essentiellement, en dehors des mesures hygiéniques générales, de soumettre tels malades au régime, qui est permis dans une néphrite.

Opération du gros rein polykystique.

A côté du gros rein polykystique manifestement bilatéral il y a des cas où un seul rein paraît être affecté de la transformation polykystique.

Si donc chez tels malades on constate d'un côté seulement cette tumeur bosselée, caractéristique, tandis que dans le côté opposé on trouve un rein normal ou approximativement normal, c'est-à-dire dans un état qu'on est en droit de le supposer capable de suffire à une exigence fonctionnelle plus grande, on est tenté de penser tout d'abord à l'extirpation du rein malade.

La néphrectomie d'un rein polykystique présente un intérêt nouveau tel, que nous croyons devoir nous étendre tout particulièrement sur la thérapeutique chirurgicale du gros rein polykystique car elle présente le côté intéressant de notre travail.

Si nous faisons brièvement l'historique de la néphrectomie, nous verrons que la chirurgie rénale reste muette à l'endroit du gros rein polykystique.

Il serait trop long de vouloir remonter à l'origine de la chirurgie des reins; disons donc tout de suite que Simon à Heidelberg pratiqua le 2 août 1869, de propos délibéré la première néphrectomie.

S'appuyant sur les recherches expérimentales des physiologistes et encouragé par les extirpations accidentales des reins, il enleva un rein à une femme

atteinte d'une fistule de l'uretère et cette entreprise hardie fut couronnée d'un plein succès.

Après que Simon eut perfectionné méthodiquement l'extirpation du rein, et démontré son autorisation pratique, l'antisepsie vint donner une base plus sûre encore à la néphrectomie, et dès lors, cette opération prit une grande extension.

Ainsi nous trouvons, depuis 1880, une multitude d'exemples casuistiques. Le travail de Brodeur, paru en 1886. « De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein », cite comme exemples 327 opérations sur les reins, parmi lesquelles il n'y a pas moins de 235 néphrectomies.

Les indications de l'extirpation des reins devinrent plus précises avec le perfectionnement technique de cette opération, et nous pouvons y comprendre comme causes occasionnelles de la néphrectomie, les affections rénales suivantes : Sarcome des adultes, et même, plus récemment chez les enfants (Israël. — Journal hebdomadaire allemand), cancer unilatéral, tumeurs bénignes de tout âge, calculs rénaux, fistules rénales, hémorrhagie des reins sans hémotase possible, déchirures de l'uretère, lésion d'un uretère survenue pendant l'hystérectomie, soit par la voie vaginale soit par la voie abdominale.

On a admis généralement comme contre-indications de la néphrectomie :

Les affections bilatérales de toute sorte, cancer et sarcome avancés à tout âge de la vie, et enfin la tu-

berculose *avancée*. Si même la tuberculose est unilatérale, on devra renoncer aussi à la néphrectomie, si d'autres organes ont été atteints sérieusement.

Avant de tenter l'extirpation d'un rein, que ce soit pour une lésion de l'organe lui-même, ou pour une affection de l'uretère, il faut s'assurer comme condition *sine quâ non*, de l'existence du second rein.

Et, aussi bien que l'absence congénitale d'un rein, une affection bilatérale est une contre-indication pour toute intervention chirurgicale sur les reins ; on doit au moins renoncer à l'extirpation du rein et employer des procédés plus doux, tels que : la néphrectomie, l'établissement d'une fistule réno-abdominale, la néphrolithotomie, etc.

Maintes autopsies, et malheureusement aussi maints comptes rendus d'opérations, nous ont démontré que le chirurgien se trouve fréquemment, au point de vue du diagnostic, en présence de difficultés insurmontables, car il est souvent arrivé qu'un rein jugé sain, était atrophié, alors que le rein où l'on plaçait le siège de l'affection, se montrait absolument sain.

Pour dire un mot ici des moyens diagnostiques que nous avons à notre disposition pour reconnaître si les deux reins sont sains, nous avons, à côté de la palpation, qui a son importance, principalement chez les femmes et particulièrement chez celles dont les parois abdominales sont très facilement compressibles, la cystoscopie, qui joue un grand rôle.

Après ces remarques générales, jetons un rapide coup d'œil sur les bases anatomiques qui servent à l'opérateur, d'indication pour la néphrectomie.

Nous trouvons, dans la littérature, de nombreux cas de néphrectomie pour néoplasmes, comme carcinomes, sarcomes, adénomes des reins, d'une part ; et d'autre part pour hydronéphroses, reins flottants, fistules de l'uretère, calculs rénaux, tuberculose, kystes solitaires.

Cependant, les cas sont extrêmement rares, dans lesquels le rein a été extirpé pour dégénérescence polykystique, car nous trouvons un seul cas précis sur lequel nous reviendrons tout à l'heure ; toute communication de ce genre a donc, pour cette raison, un intérêt au-dessus de l'ordinaire.

Avant d'aborder nos observations au sujet de la chirurgie du gros rein polykystique, disons en deux mots dans quelles conditions nous entendons intervenir.

Si l'on constate chez un malade, à côté d'un rein sain ou palpable comme normal, un rein en dégénérescence polykystique, il n'y a naturellement pas le moindre motif pour procéder à une intervention chirurgicale, parce que les malades, par la présence seule de la tumeur ne subissent aucune altération de la santé.

Il en est autrement, si par l'augmentation du volume du rein, un autre organe important est comprimé, de sorte que l'affection met la vie des malades

en danger. Ici, non seulement on peut mais on doit procéder à l'extirpation du rein, parce que la tumeur bénigne, devient cliniquement parlée maligne, en exerçant une action fâcheuse sur les autres organes.

Nous allons d'une façon détaillée donner le compte rendu d'un cas de gros rein polykystique pour lequel le professeur Landau à Berlin pratiqua avec succès la néphrectomie.

La malade, madame G..., dont il s'agit, est une femme âgée de 43 ans. Elle ne présente rien de particulier du côté de ses ascendants.

Jamais malade dans son enfance, elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 13 ans, sans douleurs; il est toutefois à remarquer que quelque temps avant l'apparition des premières règles elle avait eu un œdème intermittent des extrémités inférieures, et occasionnellement aussi des supérieures. Après l'apparition des premières époques, cet œdème ne s'est plus manifesté. La période parut régulièrement tous les 28 jours.

En mars 1884 elle se maria. Pendant les trois premiers mois du mariage les règles restèrent régulières, pour devenir irrégulières pendant les trois mois suivants et disparaître ensuite entièrement. Un médecin qui fut consulté à ce sujet, la rassura par l'admission probable d'une grossesse, dont la certitude se démontra plus tard.

En février 1885 elle accoucha spontanément pour la première fois de deux jumeaux. Le premier enfant

arriva par le siège et mourut quelques heures après sa naissance. Le second se présenta par le sommet et mourut au bout de 8 jours.

Les couches furent normales.

Les règles reparurent au bout de 6 semaines environ, restèrent régulières jusqu'à la deuxième grossesse et le second accouchement fut normal en juillet 1886.

Les suites de couches de quatorze jours s'effectuèrent sans phénomènes remarquables. La mère nourrit son enfant pendant six mois, après lesquels elle fut réglée régulièrement jusqu'à une troisième et dernière grossesse qui se termine en février 1888 par l'accouchement normal d'une forte fille. Cette enfant fut également allaitée par elle, pendant 6 mois, après l'allaitement les règles se reproduisirent régulièrement pendant une année, à partir de cette époque les règles furent irrégulières avec des intervalles de trois à 4 mois.

Les dernières règles remontent en mars 1893.

Pendant tout ce temps, malgré de grandes fatigues physiques et morales, occasionnées par la maladie de son mari, qui mourut de la tuberculose, elle n'a jamais été autrement malade.

Cependant depuis quelque temps elle se plaint de céphalalgie et de gonflement de l'abdomen. Ces symptômes se produisirent surtout au moment correspondant aux époques.

Dans les premiers jours du mois de mai 1893,

ces maux de tête et cette sensation de gonflement de l'abdomen, parurent avec une force particulière. De violentes douleurs dans l'hypochondre gauche, qui s'irradiaient dans l'abdomen et la partie supérieure de la cuisse gauche, se joignirent aux autres souffrances.

La malade, qui avait maigri d'une manière sensible depuis mars, perdit entièrement l'appétit. Vers cette époque les selles furent difficiles. Ses forces disparurent de plus en plus et elle dut s'alliter.

Fortuitement, un jour, à cause d'un gonflement, la malade en se palpant, ressentit dans le côté gauche du ventre, une dureté au travers de la paroi mince du ventre, laquelle la mit dans une grande anxiété et la décida d'avoir recours au médecin.

Elle fut admise le 24 mai dans la clinique du docteur L. Landau à Berlin.

Nous eûmes l'occasion d'examiner la malade et de l'observer durant 6 jours.

C'est une personne de corpulence moyenne, de charpente osseuse faible, de musculature peu développée et de tissu adipeux faible. La couleur de la peau et des muqueuses est pâle.

L'examen des poumons et du cœur, ne donne rien d'anormal.

Les parois du ventre sont molles et facilement compressibles ; à la palpation de l'abdomen on trouve dans l'hypochondre gauche, entre la ligne médiane et la ligne mamillaire gauche, une tumeur

plus grosse que le poing, à surface bosselée et de consistance ferme ; elle est plus longue que large et n'offre à aucun endroit, de fluctuation manifeste.

La percussion légère de la tumeur ne donne pas de matité, mais plutôt un son tympanique, de sorte qu'on peut supposer que la tumeur est couverte par les intestins.

Dans l'hypochondre droit on trouve sans difficulté un corps correspondant à la forme du rein droit, qui est même quelque peu descendu ; il correspond à la grosseur normale du rein.

Grâce à la grande compressibilité de la paroi abdominale, tous ces détails peuvent être constatés avec sûreté.

Au toucher vaginal on trouve un petit utérus en antéflexion normale, et des deux côtés, les ovaires normaux.

Comme en premier lieu on supposa un kyste hydatique du rein gauche, on fit dans la tumeur une ponction d'épreuve, qui donna un liquide clair, limpide comme l'eau.

Notre premier soin fut aussitôt d'examiner le liquide au point de vue de l'albumine, dont la présence fut confirmée par l'analyse.

Nous basant sur ce liquide kystique albumineux et sur la forme bosselée de cette tumeur ainsi que sur la marche de la maladie, nous abandonnâmes l'idée d'un kyste hydatique et Landau porta le diagnostic de gros rein polykystique.

Nous avons examiné avec soins l'urine pendant 5 jours ; la quantité d'urine s'élevait journellement de 1500 à 2000 cent. cubes, donc plutôt un peu élevée, qu'au-dessous de la normale.

L'urine quelque peu trouble, avait une densité se rapprochant de la normale ; 1019-1027.

De réaction toujours acide, elle contenait de petites quantités d'albumine. Dans le sédiment nous trouvions quelques globules sanguins blancs et rouges, toutefois aucun épithélium du rein.

La malade trouva pendant ces quelques jours non seulement aucun soulagement, mais se plaignit toujours davantage de douleurs dans le côté gauche et d'un fort gonflement du ventre, comme elle avait coutume de dire. La respiration même lui fut pénible. Les forces semblèrent l'abandonner de plus en plus, de sorte qu'en raison des symptômes menaçants l'extirpation fût proposée sans retard par le docteur Landau et acceptée par la malade.

S'appuyant sur un précédent, Landau pratiqua la néphrectomie le 30 mai 1893.

Néphrectomie. — Pendant qu'un assistant poussait la tumeur d'arrière en avant et que celle-ci était fixée par la main gauche de l'opérateur, Landau pratiqua dans la ligne mamillaire, directement au-dessous des côtes, une incision de 12 à 13 cent. de long, qui intéresse à la fois la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et la musculature.

Après l'ouverture du péritoine on rencontre des

anses intestinales, qui ont en partie contracté une assez intime adhérence avec la surface antérieure de la tumeur et qui viennent faire saillie dans l'ouverture de l'incision. Pour arriver sur la tumeur située au-dessous de ce paquet intestinal, une deuxième incision fut nécessaire, le long de l'arcade costale et d'environ de la même dimension que la première. Après avoir rompu avec soin ces adhérences intestinales, on refoulait l'intestin, qui fut retenu en place par une compresse. En attirant maintenant la tumeur directement dans le champ opératoire, un segment de cette tumeur se montra à notre vue sous forme d'une masse bosselée, de couleur bleue foncée, confirmant ainsi le diagnostique du gros rein polykystique, porté par Landau.

Après avoir incisé minutieusement le tissu adipeux et le tissu conjonctif. Landau énucla la tumeur de sa capsule adipeuse, et par une forte traction attira celle-ci avec la tumeur au dehors.

Le pédicule, d'une grosseur de 4 centimètres environ, qui loge les vaisseaux et l'uretère, fut saisi dans une forte pince et la tumeur sectionnée avec les ciseaux. Le rein et le bassinet se trouvaient ainsi enlevés.

Dans le but d'obtenir une fermeture complète de la plaie opératoire, Landau tirait les capsules adipeuses et fibreuses au dehors. Après résection de celles-ci, il les sutura circulairement en forme de tulipe autour de la plaie. Après les sutures abdominales

il met au moyen de l'aiguille de Deschamps, deux ligatures autour du pédicule pour assurer l'hémotase ; par mesure de précaution, il laisse quatre pinces hémostatiques en place.

La plaie est drainée par une lanière de gaz iodoformée et couverte d'ouate stérilisée, le tout retenu en place par un pansement adhésif.

La narcose avec de l'éther, fut normale et la perte de sang minime. L'opération qui dura 40 minutes, a été, à l'exception d'une lanière de gaze iodoformée, pratiquée dans l'asepsie complète.

La malade, dont le pouls et la respiration sont normaux, est remise dans le lit, et surveillée. Elle s'éveille bientôt en toute connaissance. Nous voyons la malade environ 35 minutes après l'opération, nous ménageant une désagréable surprise.

En moins d'une 1/2 minute elle était sans respiration et sans pouls. Les yeux étaient fixes, de la bouche sortit de l'écume, les ongles des doigts étaient bleus, une pâleur cadavérique couvrait le visage et le corps, qui montra une certaine rigidité.

Aucun doute, la malade est exposée au grand danger d'une syncope traumatique. Aussitôt, les coussins sont enlevés de dessous la tête. Pendant qu'un assistant s'occupe de faire revivre la malade d'après la méthode de *Koenig*, un autre assistant s'occupe de l'autotransfusion par l'élévation des extrémités inférieures, qui sont massées fortement

de la périphérie vers le centre. Quatre injections sous-cutanées d'éther camphré sont faites.

Ether sulfurique, 60,0

Camphre trit., 20,0

Dix longues minutes se passèrent avant la première respiration spontanée de la malade. Les manipulations furent continuées encore quelque temps.

Peu à peu la respiration devient régulière. La malade fait maintenant des mouvements d'opposition, à cause des manipulations cardiaques qui sont encore exécutées énergiquement. Le pouls radial ne put être perçu au doigt, après que la malade eut pris du cognac et du café. Elle fut entourée de bassinoires chaudes. La malade commença à vomir, mais le pouls et la respiration restèrent réguliers. Elle se plaint maintenant d'un grand abattement. La journée cependant se passa sans phénomènes particuliers.

Non sans inquiétude nous attendîmes que les 24 premières heures furent passées ; car il s'agissait en effet de voir, si et comment le rein droit fonctionnerait après l'extirpation de l'organe gauche ;

Dans les 24 premières heures on put obtenir environ 60 centm. cubes d'urine par la sonde. Cette faible quantité eût sans doute pu nous inquiéter fortement, si nous n'avions pas su, que précisément après l'opération des reins, une anurie réflexe peut se produire et

qu'il y a même des cas où dans les 24 heures, qui suivent l'opération, aucune goutte d'urine n'a été évacuée.

Dans les 24 heures suivantes 500 cent. cubes d'urine furent émis. La malade se sentit bien et ne se plaignait d'aucune douleur, demande même des aliments solides ; naturellement elle dut se contenter de lait, provisoirement du moins.

L'urine, qui jusqu'ici avait été prise au moyen de la sonde, s'évacue spontanément le 4^e jour. Ce jour la quantité d'urine atteignit 1000 cent. cubes.

le 4 ^e jour,	1050	centm.	cubes
5 ^e —	950	—	—
6 ^e —	2000	—	—
7 ^e —	1650	—	—
8 ^e —	1500	—	—

A partir de ce temps, la quantité varie entre 1500 et 2050 cent. cubes, d'une densité de 1.001 à 1.017.

La quantité d'urine étant redevenue en quelques jours aussi grande qu'avant l'opération, on pouvait admettre que le rein droit avait suppléé la fonction du rein extirpé.

Le premier changement de pansement eût lieu le quatrième jour après l'opération ; on enleva en même temps trois pincettes. Le huitième jour on ôte les sutures cutanées et la quatrième pincette. Deux fois le thermomètre monta à 38° pour revenir à la normale aussitôt après le changement du

pansement. Le pansement fut renouvelé tous les quatre ou cinq jours et la plaie fut tenue ouverte par une lanière de gaze iodoformée ; peu à peu elle se ratatina concentriquement.

La malade qui reçut le cinquième jour des aliments solides et du vin, se rétablit promptement, montra un appétit normal et fut toujours de bonne humeur. Déjà après dix jours elle exprima le désir de quitter le lit.

Trois semaines après l'opération elle se leva pour la première fois, marchait dans la chambre sans effort et le 30 juin, un mois après l'opération, elle quitta la clinique en bonne santé, augmentée passablement de poids ; la plaie était cicatrisée, à l'exception d'une petite circonférence où existait encore une petite plaie en voie de granulation.

Pendant son séjour à la clinique, l'urine fut tous les jours chimiquement et microscopiquement analysée avec soin. Elle était toujours de réaction acide et ne contenait jamais ni sang ni sucre. Le sédiment se composait d'urates, d'épithéliums plats et de quelques globules de pus et ces derniers pouvaient provenir d'un catarrhe vaginale, dont la malade était affectée.

Mais l'urine ne fut même pas une fois trouvée exempte d'albumine, et ce fait doit être envisagé comme particulièrement grave pour l'avenir du rein droit.

L'urine contenait le deuxième jour après l'opé-

ration 1 gr. 428 d'albumine par litre. Le quatrième jour elle contenait encore 0, 213 gr., d'albumine mais au moment de sa sortie de la clinique, elle n'en montrait plus que quelques traces.

Maintenant que nous avons pris connaissance de tous les détails objectifs de notre cas de gros rein polykystique, nous allons essayer de justifier son traitement par la néphrectomie.

La tâche serait bien difficile si nous voulions nous appuyer sur la littérature, car il faut avouer que tous les auteurs se prononcent contre toute intervention chirurgicale dans la dégénérescence polykystique des reins.

Tandis que quelques auteurs trouvent un seul rein insuffisant pour la sécrétion urinaire, il y en a, et ils sont en plus grand nombre, qui cherchent avec beaucoup plus de raison, dans la bilatéralité de l'affection la contre-indication de la néphrectomie.

Le Dentu dans son livre magistral : « *Affections chirurgicale des reins, des uretères et des capsules surénales*, dit occasionnellement en parlant du traitement du gros rein polykystique: Comme dans la très grande majorité des cas, les lésions sont bilatérales l'intervention est d'une manière générale, tout à fait contre indiquée. Il n'y a donc chirurgicalement rien à tenter contre cette affection. Même si l'on pouvait acquérir la conviction, que la dégénérescence est unilatérale, il serait préférable de ne pas toucher au rein atteint. Si un jour l'altération frappait l'autre

rein, le premier serait encore de quelque utilité au malade, tant qu'il ne serait entièrement détruit.

Nous sommes parfaitement d'accord avec le prof. LeDentu quant à la bilatéralité du gros polykystique, et nous avons dit déjà plus haut, que toute intervention chirurgicale dans le cas du gros rein polykystique bilatéral ne serait d'aucune utilité.

Mais quand à côté d'un rein polykystique, nous trouvons l'autre rein sain ou tout au moins peu hypertrophié, nous croyons devoir poser l'indication de la néphrectomie, entendu que les symptômes de la maladie compromettent les jours des malades ou qu'ils influencent à un haut degré la jouissance de la vie.

Il n'est pas douteux que la vie de notre malade était fortement compromise par la présence du gros rein polykystique et certainement il ne faut chercher la cause ailleurs que dans la tumeur du rein gauche; mais vouloir expliquer le pourquoi c'est ouvrir la voie aux hypothèses.

Est-ce la compression de la tumeur sur les organes voisins ? est-ce une action réflexe, nous ne saurions le dire. En tout cas il fallait nous attendre que la malade nous succombe dans le coma urémique, comme cela arrive ordinairement.

Il n'est pas absolument nécessaire que les deux reins soient atteints de dégénérescence polykystique, pour que les accidents urémiques surviennent.

D'ailleurs nous verrons plus loin, qu'un rein, atteint à un haut degré de transformation polykys-

tique, peut encore suffire à la sécrétion urinaire.

En présence des symptômes alarmants de notre cas, il y avait de deux choses l'une : ou se croiser les bras et attendre l'issue fatale; ou enlever le rein malade et espérer que le second rein, que nous avons palpé comme normal, puisse suppléer la fonction de l'organe extirpé, en suffisant ainsi à la nouvelle exigence plus grande qui lui était imposée par notre opération. Dans ces cas nous croyons que la néphrectomie est le seul traitement symptomatique, traitement qui s'impose de nécessité.

Mais le raisonnement seul ne justifie pas suffisamment la néphrectomie du gros rein polykystique. Nous avons dit plus haut que Landau pratiqua cette opération de notre cas en s'appuyant sur un précédent.

Effectivement le 8 février 1888, Riegner de Breslau enleva un rein polykystique, et l'opération fut couronnée de succès.

Comme ce cas est tout à fait identique au nôtre, aussi bien au point de vue de l'histoire de la maladie, que dans son résultat opératoire, qu'il nous soit permis d'en donner la communication un peu détaillée.

Ce cas est celui d'une femme de 30 ans, qui, au commencement de l'année 1887, fut admise dans le service chirurgical du docteur Riegner, à l'hôpital de la Toussaint, à Breslau.

C'était une grande personne, fortement constituée, à tissu adipeux bien développé, mais de teint pâle.

L'examen du thorax ne relève rien d'anormal, particulièrement il n'existait aucun signe d'hypertrophie du cœur.

L'abdomen était facile à comprimer et la pression dans l'épigastre était tant soit peu sensible. A travers les parois abdominales flasques, on pouvait sentir dans la région hypogastrique gauche une tumeur, de consistance ferme, se rapprochant de la forme d'un œuf et présentant, du moins en apparence, une surface unie, sans inégalité manifeste. Cette tumeur avait approximativement une longueur de 18 centimètres sur une largeur de 10 à 12 centimètres.

Dans la station debout, la tumeur descendait davantage vers en bas et en avant et on pouvait la déplacer jusqu'à l'ombilic. Dans la position horizontale on pouvait facilement réposer la tumeur sous l'arcade costale gauche où elle devenait facilement palpable pour l'autre main placée au dos entre les côtes et la crête iliaque.

La tumeur en elle-même était peu sensible et paraissait couverte par des intestins. Le rein droit n'était pas accessible au palper et par conséquent pas hypertrophié. L'analyse de l'urine fut négative. Densité 1007-1020. Ni albumine, ni sang dans l'urine.

Riegner, après avoir étudié la malade pendant un temps assez long, posa le diagnostic : Rein flottant considérablement hypertrophié et proposa la néphrographie. Le 8 février 1887 il entreprit l'opération.

Comme au cours de l'opération la tumeur se

présentait telle, que l'opérateur devait penser à une néoformation maligne, il se décida à abandonner la néphroraphie pour pratiquer la néphrectomie. Après avoir incisé avec soin toute la capsule surénale, on reconnaissait dans la tumeur, un gros rein polykystique. Mais Riegner ne s'arrêta pas à mi-chemin ; dans l'hypothèse que l'autre rein avait déjà en plus grande partie suppléé le rein malade, et malgré qu'il pensa à la fréquence de la bilatéralité du gros rein polykystique il avança jusqu'au hile, posa entre l'uretère et les vaisseaux rénaux une ligature en chaînette, au moyen d'un double fil de soie très forte. Par mesure de précaution il ajouta une autre ligature circulaire et dans la crainte qu'une ligature ne glisse, il laisse une partie du bassinnet en place. — Après avoir assuré l'hémostase par la ligature de nombreux vaisseaux de la capsule, Riegner lava le champ opératoire et saupoudra au iodoforme, remit le pédicule dans l'abdomen et draina à la gaz iodoformée. — L'opération pratiquée dans l'antisepsie rigoureuse, dura deux heures. Elle diffère de celle de Landau dans ce sens que Riegner laissait une partie du bassinnet en place tandis que Landau pratiqua l'extirpation complète du rein. En outre Riegner remettait le pédicule dans l'abdomen, tandis que Landau préféra le traitement extra-peritonéal du pédicule.

La quantité d'urine prise à la sonde s'éleva dans

les premières vingt-quatre heures, déjà à 890 centimètres cubes.

Le deuxième et troisième jour elle évacua 1000 centimètres cubes et 1200 centimètres cubes et le quatrième jour 2070. A partir de ce moment, la quantité varie entre 1500 et 2000 centimètres cubes. La première urine était légèrement teintée de sang.

La température, le matin à peu près normale, variait le soir pendant quatre semaines entre 38 et 38,5 ; elle montait deux ou trois fois à 39°.

Le pansement fut renouvelé assez souvent à cause d'une sécrétion abondante de la plaie opératoire.

Au commencement de mars, la malade commença à quitter le lit ; la marche lui fut d'abord pénible en provoquant des douleurs dans la jambe gauche qui, du reste ne se manifestèrent que dans les premiers jours.

La fermeture définitive de la fistule ne s'établit qu'après l'élimination des fils de soie du pédicule, qui eut lieu le 20 avril.

Depuis, la plaie présente une cicatrice ferme ; la malade n'éprouve plus aucune douleur, jouit d'un appétit excellent. Elle a du reste repris ses occupations.

Nous ne voulons nous arrêter à la description macroscopique et microscopique de la tumeur, qui est en tout point identique à la nôtre et que nous avons mise à la tête de notre travail.

A cause du grand intérêt que nous offrait cette

communication nous avons demandé à M. le docteur Riegner s'il était possible d'avoir quelques renseignements sur cette malade à fin de connaître le résultat ultérieur de l'opération, précisément à cause de la fréquence bilatérale du gros rein polykystique, et nous devons à l'amabilité du docteur Riegner la lettre suivante :

Pendant les 3 années, qui suivirent l'opération et pendant lesquelles j'ai eu l'occasion de surveiller la malade, elle ne présenta jamais rien d'anormal du côté du rein droit et jouissait d'une santé parfaite. Depuis cette époque elle a quitté Breslau et je n'ai, à mon grand regret, plus entendu parler d'elle.

Nous avons trouvé dans la littérature 3 cas, où à la suite de diagnostic erroné, on a pratiqué avec succès la néphrectomie et qui se sont, paraît-il, confirmés comme gros reins polykystiques.

Les 3 cas nous viennent d'Amérique, manquent de précisions à l'exception du troisième cas, relaté par Roswell Park, et qui n'est pas un gros rein polykystique proprement dit. Nous considérons ces cas plutôt comme des kystes solitaires multiples.

A côté de ces cas, nous trouvons dans la littérature 4 autres cas où la néphrectomie fût pratiquée à la suite de diagnostic erroné. De ces 4 cas il y en a 3 qui succombaient de quelques heures à 3 jours après l'opération dans le coma avec anurie complète. Le quatrième périt à la suite d'une perforation tardive du côlon descendant, et est relaté par

Dandois dans le *Bulletin de l'Académie royale de Médecine*. Belg. 1891, n° 8, sous le titre « Néphrectomie pour un gros rein polykystique ; mort par perforation tardive du côlon descendant. »

Il ne serait pas inadmissible, que, précisément ces insuccès ont contribué beaucoup à rejeter la néphrectomie du gros polykystique et effectivement en étudiant la littérature, ce sont ces cas suivis d'insuccès que nous rencontrons les premiers relatés.

Pour terminer la néphrectomie du gros rein polykystique, nous allons encore communiquer le procès-verbal officiel de la séance du 2 décembre 1895 de la Société d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques, publié dans le *Journal de médecine* de Bordeaux, en date du 15 décembre 1895, page 581.

Nous y trouvons sous le titre : « Gros rein polykystique, » l'observation suivante :

Gros rein polykystique

M. VITRAC présente, au nom de M. Belzer et au sien, un gros rein polykystique. La tumeur a été enlevée, il y a cinq jours, par M. Lanelongue sur une femme, âgée de quaranteans, qui était entrée dans son service avec tous les signes d'une ectopie rénale double. Le début des accidents présentés par la malade paraissait remonter à six ans environ, suivant de près un accouchement laborieux. Le rein gauche cependant était peu déplacé, bien réductible, pas augmenté de volume ; le rein droit, au

contraire, était gros comme deux poings d'adulte, allant jusqu'à la ligne médiane et plus bas que l'ombilic, imparfaitement réductible à cause de son volumé sans doute, dans la fossette rénale. On sentait à sa surface des bosselures irrégulières, qui étaient parfois moins accusées, parfois au contraire plus saillantes. Dans ce dernier cas, la tumeur en entier augmentait de volume, elle paraissait plus dure, d'une exploration plus facile et moins réductible. Cet accroissement coïncidait avec la diminution de la quantité habituelle des urines : le taux ordinaire d'émission descendant de 2,000 grammes à 1,300 environ. Une crise polyurique survenant, tout rentrait dans l'ordre, Urée, 14 grammes par litre. Albumine, 1 gramme. On conclut à l'existence d'une hydronéphrose coïncidant avec l'ectopie rénale et due à la rétention qui accompagne si souvent la courbure de l'uretère dans ces cas.

La néphropexie fut décidée pour le 28 novembre.

Incision lombaire au lieu d'élection. Grandes difficultés pour séparer le rein de sa capsule. La surface extérieure du rein était couverte de kystes de volumé variable ; les bosselures n'étaient point dues à l'hydronéphrose. Pour reconnaître l'état de la glande, on dut agrandir l'incision, en la coudant vers la paroi abdominale en avant : le rein, ainsi hernié, fut reconnu atteint de dégénérescence kystique dans toute sa totalité.

M. Lanelongue se décida à en pratiquer l'extirpation à cause des difficultés que l'on aurait eu à réduire, puis à fixer la glande, mais surtout à cause de l'hydronéphrose manifeste, destinée sans doute à augmenter encore et à annihiler finalement les fonctions de la glande.

Les suites opératoires sont jusqu'à aujourd'hui (8^e jour) excellentes : urines, 1,200 à 1,600 grammes ; augmentation de la proportion d'urée et diminution de l'albumine. La suppléance des fonctions d'excrétion est donc, ce qui était prévu, suffisamment assurée par le rein gauche.

La tumeur enlevée pèse 650 grammes. Sa surface est couverte de kystes, plus abondants vers la face convexe ; mais la dégénérescence a envahi la totalité du parenchyme. Ces kystes sont gros, les plus volumineux comme une noix, les plus petits comme une tête d'épingle. Leur contenu, liquide, citrin ou louche, tient en suspension quelques cellules épithéliales et des cellules en dégénérescence granulo-graisseuse ; il renferme de l'urée et des chlorures.

En faisant la coupe du rein, on trouva un gros calcul d'aspect coralliforme, long de quatre centimètres sur un et demi de large environ, qui était à l'embouchure de l'uretère. Le calibre de ce conduit est diminué et ses parois épaissies : par contre, le bassin et les calices dilatés répondent bien au diagnostic porté d'hydronéphrose.

Il est toutefois remarquable de constater que, malgré la présence de cet énorme calcul, la malade n'avait jamais eue hématurie ni crises douloureuses. En outre à part l'albumine, les signes fonctionnels habituellement constatés par la clinique dans le cas de gros rein polykystique faisaient également défaut.

Nous avons prié M. Villard chirurgien et professeur agrégé à Bordeaux de nous communiquer quel-

ques détails sur le résultat post-opératoire de cette malade, et nous le remercions infiniment d'avoir bien voulu se renseigner auprès du professeur Lane-longue et nous répondre que la malade allait toujours très bien, 7 mois après l'opération. Pas d'albumine dans les urines.

M. Vitrac, au Congrès de Carthage en avril dernier relate sur 2 cas de néphrectomie pour reins polykystiques. — Guérison.

Nous connaissons le premier cas, que nous venons de relater.

Dans le deuxième cas, une femme de 29 ans, présentait à gauche une tumeur dure, partiellement fixée et douloureuse ; état général grave depuis un mois. Début de la maladie il y a un an seulement par des crises douloureuses avec hématurie ; les douleurs seules avaient persisté. Albumine ; mais pas d'autres signes d'un mal de Bright. Diagnostic, tumeur du rein ; on trouva un rein polykystique avec phlegmon périnéphritique. Suppuration de presque tous les kystes. Néphrectomie. L'aspect macroscopique et microscopique sont à peu près identiques dans les observations I et II. Suites opératoires bonnes ; dépuración urinaire suffisante. Après 3 mois, état général parfait ; pas d'albumine.

En général, on s'accorde à dire que la bilatéralité des lésions condamne à l'abstention dans le cas du rein polykystique. Mais dans 17 cas de néphrectomie pour cette affection rapportés par le présentateur, il y a eu seulement 5 morts, dont 2 ou 3 seules attribuables à la

privation d'une des glandes malades par urémie, les 2 autres étant dues à des accidents septiques ou gangréneux secondaires. Aussi pourrait on se croire désormais autorisé à intervenir radicalement dans les conditions suivantes :

1° Quand le rein polykystique est un obstacle à la cure d'une autre maladie concomitante, menaçante par elle-même (ectopie comme dans l'observation I) et hydronéphrose liée à cette ectopie comme on l'avait cru ;

2° Quand il s'accompagne de complications douloureuses, suppurations des kystes intra-glandulaires, hématurie persistante, etc...

Deux contre-indications absolues à la néphrectomie existent même dans ces cas : 1° quand la tumeur est double ; 2° quand les symptômes de néphrite chronique prédominent, constituant un « type brightique » de la maladie polykystique du rein.

La néphrotomie enfin qui n'a pas encore été tentée pourrait être une opération utilisable, notamment contre les douleurs si on considère que le rein polykystique est fréquemment atteint d'hydronéphrose liée à l'ectopie, ou à la présence des calculs.

Nous avons quelques doutes que ces 17 cas fussent des gros reins polykystiques ; il nous semble plutôt qu'il s'agissait de kystes multiples solitaires, affection le plus souvent unilatérale et ne présentant plus les mêmes symptômes que le gros rein polykystique.

Dans les 2 cas de Lancelongue la dégénérescence

paraît bien être polykystique et totale ; mais, dans le premier cas on trouve un gros calcul et dans le second on découvre un phlegmon périnéphrctique et la supparation de presque tous les kystes.

Nous voyons qu'il ne s'agit pas d'une affection polykystique pure comme dans nos cas, sans que pour cela nous voulions douter de la dégénérescence polikystique de ces deux reins opérés avec succès par l'éminent chirurgien de Bordeaux.

Enfin pour terminer nos observations sur le gros rein polykystique, nous croyons utile d'apporter ici encore un cas personnel, que nous avons eu l'occasion de suivre de près l'année dernière et qui est très intéressant au point de vue de la marche de l'affection, et peut être aussi en égards du traitement comme nous verrons plus loin.

Il s'agit ici d'une femme âgée alors de 69 ans, et habitant l'Auvergne. Au point de vue des ascendants nous ne trouvons rien digne d'intérêt. Son histoire personnelle ne présente rien, méritant d'être retenu. Elle n'a fait aucune maladie jusqu'à l'âge de 46 ou 47 ans, époque de la ménopause où elle fût atteinte d'une erysipèle de la face.

Mariée à 29 ans, elle eut un premier enfant à l'âge de 35 ans. Accouchement long, terminé par l'application du forceps. L'enfant mort à l'âge de 6 ans du croup.

2^{me} enfant à l'âge de 43 ans.

Accouchement spontané. Les 2 grossesses et suites de couches normales.

Jusqu'à l'âge de 65 ans, cette femme se portait très bien, lorsqu'à cette époque elle commence à souffrir de dyspepsie, de perte d'appétit. Mais elle se plaignait surtout du ballonnement du ventre et de la constipation. Mise au régime lacté elle se remettait un peu, et vaquait tant soit péniblement à ses affaires ; lorsque fin novembre 1894 elle fut prise tout à coup d'une douleur violente dans le côté droit du ventre, et dans la région lombaire du même côté. Une constipation opiniâtre se joignit à cette douleur. La malade est obligée de s'aliter.

Un médecin demandé à ce moment, essaye de la calmer par des frictions restées sans résultat. On pose un large vésicatoire, qui ne faisait aucun effet, même pas dans le sens néfaste, comme nous aurions pu nous attendre, chez une femme gravement atteinte d'une affection rénale. 80 gr. d'eau-de-vie allemande prise en 3 fois, ne produisent aucune évacuation de matières fécales, la malade ne peut plus rien supporter, perd par moment connaissance et crie sa douleur en demandant qu'on lui enlève quelque chose du côté droit, ce dont elle ne se rendait compte.

On lui donne ensuite, matin et soir, une pilule de podophylène de 0,05 centigr. chacune et deux cachets par jour, composés de magnésie anglaise calcinée et bicarbonate de soude. Enfin la malade commence par avoir quelques selles ; l'appétit revient un peu, la dou-

leur diminue petit à petit, sans disparaître jamais complètement; elle peut se lever un peu et finalement arrive à Paris chez sa fille, en avril 1895. C'est là que nous la voyons.

Examen de la malade. — L'examen du thorax ne révèle rien d'anormal, du côté du foie nous ne trouvons rien qui attire notre attention. Dans la position horizontale, on est frappé d'une inégalité dans la symétrie de l'abdomen. A la palpitation on constate nettement dans le flanc droit une tumeur dont la surface n'est pas lisse : elle donne la sensation de nombreuses bosses de grosseur inégale — la consistance est ferme ; à aucun endroit on ne constate de la fluctuation. La tumeur très peu mobile, mesure environ 17 à 18 centimètres dans son diamètre longitudinal, sur 13 à 14 centimètres de large, la forme paraît sphérique.

Aucun doute, cette tumeur présente le rein droit. Du côté opposé, on peut par la palpation bimanuelle sentir le rein gauche qui correspond à son volume normal.

Il reste donc à établir de quelle nature est la tumeur.

De prime abord, on est tenté de supposer un rein cancéreux.

Plusieurs circonstances se prêtent à cette interprétation. La malade, d'aspect faible, dit avoir maigri beaucoup depuis quelques mois ; elle se nourrit très mal, ayant perdu complètement l'appétit. Les

extrémités inférieures sont œdémateuses. Elle se plaint de douleurs constantes dans le flanc droit. Les urines sont rares depuis environ une dizaine de jours.

En l'absence de l'aspect cachectique, caractéristique au cancer, et surtout l'absence de toute hématurie, car, le malade dit n'avoir jamais eu de sang dans ses urines, et en résumant la marche de la maladie, nous avons éliminé l'idée du cancer, et nous posons le diagnostic du gros rein polykystique.

Nous avons prié notre maître et excellent ami le docteur Remy de vouloir bien examiner la malade avec nous. Remy, après examen minutieux de notre malade, partage notre idée, et propose une ponction d'épreuve dans la tumeur.

Le lendemain de la visite, le 25 avril 1895, il pratiqua sous toutes les précautions antiseptiques une ponction.

La percussion donnant du côté de l'abdomen une sonorité tympanique, nous devons admettre que la tumeur était couverte par l'intestin. Il était donc nécessaire de procéder à la ponction dans la région lombaire. Elle donna environ 10 cent. cubes d'un liquide trouble, et ce fait nous parut confirmer notre diagnostic.

Vu les symptômes alarmants, qui paraissaient à courte échéance compromettre la vie de la malade,

la question du traitement qui s'imposait, nous a mis dans quelque embarras.

Ayant fait part à Remy de notre observation de Berlin, nous nous décidâmes de proposer l'extirpation du rein droit, et notre proposition fût acceptée.

Le lendemain de la ponction, la malade se trouvait un peu mieux, urinait davantage, de sorte qu'elle hésitait à se soumettre à l'opération.

La quantité d'urine augmentant de jour en jour, l'appétit revenant peu à peu, nous abandonnâmes l'idée de l'opération, en promettant d'intervenir dès que la nécessité se ferait sentir.

Examen du liquide kystique. — Le liquide d'un rouge brique vif sanguinolent, trouble, a une densité de 1019 et il est de réaction franchement alcaline.

Il contient de l'albumine dans de fortes proportions — de l'urée et du chlorure de sodium — *pas* d'acide urique.

L'analyse du liquide parle donc aussi pour notre diagnostic du gros rein polykystique.

Nous avons de même voulu nous rendre compte des urines, et voilà son analyse exacte :

Les urines sont d'une couleur très pâle, presque incolores. Au fond de la bouteille, il y a un sédiment blanchâtre non agglutiné.

De réaction franchement acide, elles ont une densité de 1012.5, et contiennent de fortes traces d'albumine, pas de sucre.

L'urée s'y trouve dans la proportion de 15 gr. 372 0/00.

L'acide phosphorique 0,187 seulement.

Acide urique 0,268 0/00.

Matériaux solides éliminés 19 gr. 12 0/00.

Nous voyons par cette analyse que les éléments des urines sont en proportion au-dessous de la normale.

A l'examen microscopique, nous trouvons dans le sédiment, du mucopus et des cellules épithéliales rondes.

Nous avons en outre remarqué, que la quantité d'albumine augmente notablement par contact, c'est-à-dire, par la rupture des globules dans le liquide.

Notre malade éliminait à la suite de la ponction d'épreuve, journellement une quantité d'urine variant de 2000 à 2500 cent. cubes, donc légèrement au-dessus de la quantité normale.

Au bout de quinze jours, elle avait repris assez de forces pour sortir, et bientôt elle pouvait faire sa promenade journalière sans appui, tandis qu'avant, il fallait la soutenir dans la chambre.

Les douleurs disparurent complètement, elle dormait ses nuits entières, mangeait comme tout le monde.

Au mois d'août elle quitta Paris en assez bonne santé. Au moment de nous quitter, sa tumeur présentait le même état, c'est-à-dire, elle n'avait pas sensiblement diminué de volume.

Depuis, nous avons eu à plusieurs reprises de bonnes nouvelles sur son état. Les dernières nouvelles datent de huit jours et sont toujours bonnes.

Elle mange de bon appétit, s'occupe de ses affaires et ne se plaint d'aucune souffrance.

Voilà donc un résultat auquel nous ne nous attendions nullement, et que nous sommes tentés attribuer à la ponction à première vue insignifiante.

Faut-il chercher dans l'effet de la ponction une diminution de la tension à la suite de l'évacuation d'un des kystes qui, se basant sur la quantité du liquide kystique retiré, pouvait avoir la dimension d'une grosse noix ?

Nous ne saurions le dire. Quelque soit l'effet produit par la ponction, le fait ne reste pas moins acquis ; on pourrait, il est vrai, nous objecter, que Ferron aussi a pratiqué trois ponctions, donnant chacune 7 à 10 cent. cubes de liquide et que le malade a succombé néanmoins subitement.

L'histoire du malade de Ferron nous apprend bien la mort subite mais sans préciser la cause.

Du reste le malade était atteint d'un gros rein polykystique bilatéral ; et il est de toute probabilité, que les ponctions ne furent faites que sur un seul rein, qui pouvait bien ne pas être celui qui menaçait le plus le malade, que nous pouvons supposer avoir succombé à une hémorrhagie cérébrale. Lancereaux a pour son propre compte deux observations à son actif, où les malades atteints de gros reins polykysti-

ques sont morts subitement par hémorrhagie cérébrale.

Avant d'arriver à nos conclusions, nous allons encore une fois revenir sur notre opérée par Landau.

Pendant les deux premières années qui suivirent la nephrectomie, la malade se portait à merveille. L'année dernière à propos de notre malade à Paris, nous nous sommes renseigné sur l'état de la malade à Berlin. Notre excellent ami Théodore Landau nous a communiqué que le résultat n'était pas aussi heureux que nous aurions voulu, l'espérer, attendu què depuis quelque temps le rein droit, que nous avions palpé comme sain, était hypertrophié et nettement bosselé. Cette hypertrophie ne nous surprendrait pas, vue l'exigence fonctionnelle plus grande, qui lui est imposée à la suite de l'extirpation du rein gauche ; mais cet état lobulé nous inspirait quelques inquiétudes ; à cette occasion la remarque de M. le professeur Le Dentu à propos de la bilatéralité du gros rein polykystique nous revient à la mémoire.

Au moment du présent travail, nous avons prié notre ami Landau de nous communiquer l'état actuel de sa malade, et voilà la lettre qu'il nous adresse.

Madame G..., vit toujours. Peu à peu une tumeur s'est développée dans l'hypocondre droit. Cette tumeur mobile, de forme sphérique est manifestement bosselée, et de consistance ferme ; il n'est pas douteux que cette masse représente le rein droit en dégénérescence polykystique, ayant atteint aujourd'hui le

volume d'une tête de fœtus. La santé de la malade est cependant bonne. Rien dans sa santé ne trahit l'affection dont elle est atteinte.

D'excellent appétit, et toujours de bonne humeur, elle s'occupe de ses occupations quotidiennes.

La quantité d'urine, qui varie journellement de 1300 à 1500 cm. cubes, contient toujours des traces d'albumine, quelques cylindres hyalins et des globules de

Nous remercions infiniment Théodore Landau de sa communication obligeante, qui nous paraît bien instructive à un double point de vue. En premier lieu, sa lettre nous apprend que l'affection de cette malade n'était pas une maladie locale, mais bien une affection systématique; ce dont il faudrait conclure, qu'à un moment donné les deux reins sont affectés.

Ensuite, nous pouvons apprécier qu'un rein ayant subi une transformation polykystique à un si haut degré, qu'il a atteint le volume d'une tête de fœtus, est néanmoins encore susceptible de pourvoir à la sécrétion urinaire, puisque la malade émet encore aujourd'hui une quantité d'urine relativement normale.

pus.

Si le résultat de l'intervention chirurgicale n'a pas été aussi heureux que nous croyons l'attendre, il ne reste pas moins acquis, que cette malade vit encore aujourd'hui, jouissant d'une santé générale satisfaisante, et cela trois ans après la nephrectomie, sans laquelle elle aurait sûrement succombée.

CONCLUSION

L'anatomie pathologique ne nous apprend encore aujourd'hui rien de nouveau sur la dégénérescence polykystique des reins. Rayet déjà en 1837 a nettement établi la base fondamentale anatomo-pathologique.

2. La pathogénie du gros rein polykystique est à ce jour encore assujettie à une foule de divergences d'opinions. Ni la théorie intra-utérine, ni la théorie inflammatoire, pas plus que l'idée d'une néoformation sui generis ne sont suffisamment établies.

Nous admettons cependant avec Virchow, Klebs, Birch-Hirschfeld, etc... que la plupart des cas de dégénérescence polykystique, sont une affection congénitale qui se développe souvent pendant la vie ultérieure, à un âge déjà avancé.

Il est probable, mais non prouvé, qu'il y a des cas, qu'on peut ramener à une néoformation vraie.

3. Il n'existe pas de symptôme pathognomonique du gros rein polykystique, car les symptômes cliniques sont très analogues à ceux de toutes les tumeurs solides du rein.

Une légère polyurie, l'urine albumineuse, et de faible densité paraissent seules être constantes.

4. Le diagnostic du gros rein polykystique présente de réelles difficultés. Seulement, quand on peut par exclusion éliminer les tumeurs malignes du rein, on est en quelque sorte justifié d'établir le diagnostic de la dégénérescence polykystique de l'appareil urinaire.

5. Le pronostic du gros rein polykystique est toujours grave.

6. Cette affection conduit fatalement à la mort, qui survient ordinairement dans le coma urémique.

7. Il n'y a pas de traitement médical ; il se borne à un ensemble de précautions destinées à prévenir les accidents que la dégénérescence peut occasionner, et spécialement les accidents urémiques.

8. Le traitement chirurgical par la néphrectomie est seulement indiqué, quand à côté d'un rein sain ou reconnu comme tel, la transformation polykystique de l'autre rein compromet la vie des malades.

9. La ponction du gros rein polykystique paraît influencer heureusement la marche de l'affection.

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL

Vu : par le Président de la thèse,

LE DENTU

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- VIRCHOW. Die Krankhaften Geschwülste Bd I.
BERKMAN. Ueber die Nierencysten in *Virchow's Archi* Bd IX,
XI, XXXVII.
VERHANDLUNGEN. der Berliner Medize Gesellschaft. Bd XXII,
p. 251 ff. Bd XXIII, p. 3 et ff.
KLEBS. Handbuch der patholog. anatomie Bd p. 662.
LICHTENSRETN. *Deutsche Med. Wochenschrift*, 1884, p. 51;
ARNOLD. Zieglers Beitrage zur pathol. Anatomie Bd, VIII.
THORN. Ueber die Gewebe der Cystennieren I. D. Bonn. 1882.
DURLACH. Ueber die Entstehungen, der Cystennieren I. D.
Bonn. 1883.
NAUWERK et HUFSCMID. Zieglers Beitrage, zur pathol. Anatomie Bd XII.
HAHLDEN. Zieglers Beitrage zur, pathol. Anatomie Bd. XIII,
Heft. 2.
WAGNER. *Deutsche Zeit. Schrift für Chirurgie*, Bd, XX, IV.
EWALD. Zur total. Cyst. Degen. der Nieren, *Dentsch Méd. Wochenschrift* Leipzig. 1891, p. 1383,
RIEGNER. *Deutsche Méd. Wochenschrift*. 1888, Heft. 3.
VON BERGMAN. *id.*
PAWLOTOSKI. St. Pétersburger *Méd. Wochenschrift* 1883 p. 225.
RAYER. *Traité pratique des maladies des reins.*
CRUVEILLIER. *Atlas. Maladies des reins* T. II. pl. 172.
LE DENTU. *Affections chirurgicales des reins, des artères et des capsules surénales.*

BRODEUR. De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein.

LEJARS Du gros rein polykystique chez l'adulte, thèse 1880.

LANCEREAUX. Encyclopédie des sciences médicales. 4^e Série
Tome III. p. 292 et suivantes.

LANCEREAUX. Atlas d'anatomie pathologique. Pl. 35. Fig. 1,
1' 1''.

Dito Texte p. 354-356.

FERRON. Maladie Kystique des reins. *Jour. des Méd. de Bordeaux* 1894 p. 230.

TARNIER. Kystes multiloculaires congénitaux des reins.
Journ. des sages femmes Paris 1892 p. 137-139.

HEYDENRISCHE. Dégénérescence kystique des reins. *Rev. med. de l'Est.* Nancy 1892. 275.

HANOT. Dégénéresc. kystique des reins chez un adulte. *Arch. gen. de Med.* P. 1885. p. 721-26.

CORNIL. Examen histolog. d'un rein kyst. *Progrès Med.* P. 1880.

IOSSO. Reins kystiques. *Bull. Soc. Anat.* P. 1888. *Rib. Med.*
P. 1880. Kystes exception. du rein.

SABOURIN. Contribution à l'étude de la dégénérescence kystique des reins et du foie. *Arch. de physiol. normale et pathol.* P. 1882.

BABINSKY. Kystes multiples, du foie et des reins. Urémie. *Progrès Med.* P. 1883.

BRODEUR. Urémie. nombr. et vol. kystes des 2 reins *Bull. Soc. anat.* de Paris. 1882.
idem. *Progrès Med.* 1883.

BRUNON. Deg. kyst du foie et des 2 reins *Progr. Med.* 1884.

CHERON. Deg. kyst. des reins *Bull. Soc. anat.* P. 1884.

VITRAC. Gros rein poly. *Journ. de Med.* de Bordeaux, 1895 Décembre.

VITRAC Congrès de Carthage.

DANDOIS. *Bull. de l'Acad. royal de Méd. de Belg.* 1891, n° 8.

NEWMAN. A case of cystic disease of the Kidney diagnosed during lif. (Glasgow). *Med. Journ.* 1789. vol. III.

ROSWEL, PARK. Concerning cystic degeneration of the.

KIDNEY. *The med. press of Western New-York*, 1886.

LANGE. *The New-York Med. Record* vol. XVIII, 1805.

CLARK. Case of cystic Kidney Glasgow *Med. Jour.* 1889 mars.

